Rok XLVI. Kraków, dnia 30 listopada 1907. Nr 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Przyczynek do znajomości i etyologii wrzekomych przepuklin brzusznych bocznych.

Podał

Prof. Dr Roman Barącz we Lwowie.

Wiadomości o rzekomych przepuklinach brzusznych bocznych i o sposobie ich powstania są jeszcze nadzwyczaj skąpe. Dopiero w ostatnich czasach do wyświetlenia tej sprawy przyczyniły się prace O. Wyssa[1]), D. Giordano[2]), Borchardta[3]), F. de Quervaina[4]) i R. Barącza[5]), oraz najnowsze prace I. Ibrahima i O. Hermanna[6]) z kliniki O. Vierordta w Heidelberdze, wreszcie praca Blauela[7]).

Wyss[8]) i Giordano[9]) stwierdzili, pierwszy drogą sekcyi, drugi przez autopsyę podczas herniotomii, że w niektórych przypadkach przepuklina taka polegać może na wrodzonym braku lub niedostatecznym rozwoju bocznych mięśni brzusznych. Borchardt[10]) opisał w r. 1901 przypadek przepukliny brzusznej bocznej u dziecka 5/4-letniego, u którego matka zaraz po urodzeniu spostrzegła obrzęk w okolicy lędźwiowej lewej, powoli wzrastający. Wypuklenie półkuliste zajmowało całą przestrzeń pomiędzy łukiem żebrowym, a grzebieniem kości biodrowej. Borchardt przypuszczał, że chodziło o braki mięśniowe. Sekcya dowiodła jednak, że nie było tu prawdziwej przepukliny, tylko że było to wypuklenie ściany brzusznej, t. zw. przepuklina wrzekoma *(hernia spuria, pseudohernia)*, którą odnieść należało do słabego rozwoju i zaniku mięśni. W jaki sposób należało sobie wytłomaczyć ten zanik, ograniczony tylko na pewną przestrzeń, tego Borchardt nie wyjaśnia. W przypadku tym nie wykonano też badania neurologicznego. F. de Quervain[11]) opisał w tym samym roku przypadek podobny do przypadku Borchardta. Dotyczył on 2-let. chłopca, u którego w 3 miesiące po urodzeniu powstawał obrzęk półkulisty okolicy brzusznej bocznej lewej podczas krzyku. O poprzedzających chorobach nie było wiadomości. Chory zaczął chodzić w 10. miesiącu życia. W 14. przebył zapalenie dławcowe gardła, poczem powstało uporczywe porażenie kończyn dolnych. Podczas krzyku występował w okolicy brzusznej bocznej lewej guz, wystający w postaci półkuli, sprężysty, nad którym opukiwanie dawało odgłos bębenkowy. Obrzęk ten, wielkości pięści, był usadowiony pomiędzy łukiem żebrowym a grzebieniem kości biodrowej. Przy zwolnieniu tłoczni brzusznej można było wymacać przez miejsce wypuklenia kręgosłup. Podczas skurczu mięśni brzusznych zaznaczała się ostro granica pomiędzy skurczonemi, a miękkiemi włóknami mięśniowemi, które nie kurczyły się po zastosowaniu prądu faradycznego. Przy operacyi znaleziono tylko warstwy powięziste, z bardzo skąpemi, blademi włóknami mięśniowemi we wszystkich 3 mięśniach. Wynik operacyi był niezupełny.

Za przyczynę zaniku mięśni uważa de Quervain wpływ układu nerwowego, a mianowicie powstałe w łonie matki lub w pierwszych tygodniach życia pozapłodowego schorzenie nerwu, zaopatrującego porażoną okolicę, najprawdopodobniej nerwu międzyżebrowego XII. *(n. subcostalis)*.

W r. 1902 ogłosiłem[12]) przypadek, dotyczący $2^1/_2$-let. chłopca, u którego po przebytej przed 3 miesiącami 14-dniowej chorobie, do duru brzusznego podobnej, obok zupełnego porażenia kończyny dolnej lewej i częściowego kończyny dolnej prawej dawała się stwierdzić przepuklina brzuszna boczna, podobnie jak w przypadku de Quervaina. W przypadku tym nie mogłem wtedy rozstrzygnąć na pewne — wobec braku wiarygodnych wywiadów i niemożliwości dłuższej obserwacyi chorego, — czy szło o następstwa przebytego ostrego zapalenia rogów przednich rdzenia *(poliomyelitis anterior acuta)*, czy też o inne cierpienie rdzenia.

W r. 1905 ogłosili J. Ibrahim i O. Hermann[13]) z kliniki prof. O. Vierordta 4 przypadki przepuklin brzusznych bocznych jedno lub obustronnych, dotyczące dzieci w pierwszych latach życia, w których nie mogło być wąt-

[1]) Oscar Wyss (Zurych): Ueber Hernia ventralis lateralis congenita und ihre Beziehungen zur Hernia lumbalis. Beiträge zur Chir. Festschrift f. Billroth. Stuttgart Enke 1892.

[2]) Davide Giordano: Centributo allo studio e cura del laparocele. Riforma medica 1893, Nr 33.

[3]) M. Borchardt: Ueber Lumbalhernien und verwandte Zustände. Berliner klin. Wochenschrift 1901, Nr 49 i 50.

[4]) F. de Quervain: Ueber den seitlichen Bauchbruch. Archiv f. klin. Chir. 1901, T. 65, Z. I, str. 156 i nast.

[5]) R. Barącz: O przepuklinach lędźwiowych i brzusznych bocznych (laparocele). Gaz. lek. 1902, Nr 31—33 i Archiv f. klin. Chir. 1902, Tom 68, Zeszyt III.

[6]) I. Ibrahim i O Hermann: Ueber Bauchmuskellähmungen bei Poliomyelitis anterior acuta im Kindesalter. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1905, Tom 29, str. 113 i n.

[7]) Blauel: Zur Aetiologie der seitlichen Bauchbrüche. v. Bruns Beiträge zur klinischen Chir. 1907, Tom 54, Zeszyt I, str. 229 i n.

[8]) L. c.

[9]) L. c.

[10]) L. c.

[11]) L. c.

[12]) L. c.

[13]) L. c.

pliwości, że we wszystkich przypadkach chodziło o ograniczone porażenie mięśni ukośnych brzucha po przebytem porażeniu rdzeniowem.

Wreszcie na początku b. r. (1907) opisał Blauel[14]) przypadek z kliniki Brunsa w Tybindze, zupełnie podobny do mojego, tak co do przebiegu, jak i obrazu klinicznego, który uważa za pierwsze w literaturze chirurgicznej dokładne spostrzeżenie przepukliny brzusznej bocznej po przebytem porażeniu rdzeniowem u dzieci.

Wspomnieć jeszcze należy, że Strassburger[15]) opisał przypadek odosobnionego częściowego porażenia mięśni brzusznych, który jednak nie przedstawiał obrazu przepukliny.

Z powyższego widzimy, że porażenie mięśni brzusznych z następowem wytworzeniem się przepukliny brzusznej bocznej rzekomej jako objaw klinicznego obrazu porażenia rdzeniowego u dzieci nie wydaje się być bardzo rzadkiem. A jednak nie znajdujemy o niem wzmianki ani w podręcznikach o chorobach nerwowych, ani w podręcznikach chirurgicznych. Tylko Oppenheim[16]) powiada, »że po porażeniu rdzeniowem u dzieci z mięśni tułowia nierzadko dotknięte bywają mięśnie grzbietu; także nierzadko daje się zauważyć (podług jego spostrzeżeń) obok porażenia kończyny porażenie mięśni brzusznych«.

Według Ibrahima i Hermanna[17]) miał Duchenne jeszcze w roku 1867 spostrzegać przypadek porażenia rdzeniowego z zajęciem mięśni brzusznych po stronie prawej.

W sierpniu 1903 i w styczniu 1907 spostrzegałem następujący przypadek przepukliny brzusznej bocznej po przebytem porażeniu rdzeniowem u dziecka.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

L. M., 4$^1/_6$-letni syn podurzędnika kolejowego ze Lwowa, zgłosił się do mnie 10. VIII. 1903 z powodu porażenia kończyny dolnej lewej i niemożności chodzenia oraz obrzęku po prawej stronie brzucha.

Wywiady: Urodził się zupełnie zdrowy 24. VI. 1899 w Zaleszczykach, gdzie wtedy więcej dzieci na podobną chorobę miało zapaść. Ma troje rodzeństwa, z tych brat młodszy ma cierpieć na porażenie mięśni ocznych. W 3. miesiącu życia miał przebyć czerwonkę i wrzód w gardle. W wigilię Bożego Narodzenia 1899 (w 6 miesiącu życia) wystąpiły u niego wymioty i wysoka gorączka z utratą przytomności. Objawy te trwały do Nowego Roku 1900. Już 2. stycznia, t. j. bezpośrednio po ustąpieniu objawów gorączkowych, zauważyła matka porażenie prawej nogi, której podnieść nie mógł, wkrótce potem zauważyła wypuklenie prawej strony brzucha, występujące wybitniej podczas krzyku lub płaczu. Wypuklenie to zwiększa się ciągle. Bezwład kończyny dolnej prawej utrzymuje się pomimo stosowania prądu elektrycznego, kąpieli i miesienia przez szereg miesięcy. Chory nie może chodzić, tylko łazi; stanąć może tylko wtedy, gdy się go podeprze.

Badanie stwierdziło: Chłopczyk słabo rozwinięty, licho odżywiony. Kończyna dolna prawa znacznie zanikła, wiotka, zupełnie porażona, sino zabarwiona, chłodna i znacznie cieńsza od prawej. Ruchów żadnych kończyną tą chory wykonać nie może. Na brzuchu po stronie prawej można zauważyć wypuklenie w postaci wielkiej półkuli, zwiększające się i odgraniczające się wyraźniej podczas płaczu lub nadymania się. Wypuklenie to sięga od linii pachowej przedniej do linii pachowej tylnej i od łuku żebrowego prawie do grzebienia kości biodrowej; wymiar jego w kierunku poprzecznym wynosi około 14 cm, w kierunku pionowym około 13 cm. W postawie stojącej przegina chory zupełnie wiotkie kolano prawe ku tyłowi (*genu recurvatum*); przytem występuje wyraźne skrzywienie w części lędźwiowej kręgosłupa ku stronie prawej. Przy użyciu prądu przerywanego nie można wywołać drgań w porażonej kończynie dolnej prawej, ani też w zakresie wypuklenia w mięśniach brzucha po stronie prawej.

Rozpoznanie: Porażenie wiotkie prawej kończyny dolnej, przepuklina rzekoma brzuszna boczna jako następstwo przebytego rdzeniowego porażenia dziecięcego.

Chory miał zgłosić się nazajutrz, celem dokładniejszego zbadania neurologicznego, jednak nie pojawił się; zgłoszono się do mnie dopiero 2. I. 1907, zatem po 4 latach. Matka podaje, że chłopiec zaczął chodzić o własnej sile dopiero od maja 1906 po półrocznem metodycznie przeprowadzonem miesieniu i kąpie-

[14]) L. c.

[15]) Julius Strassburger: Zur Klinik der Bauchmuskellähmungen auf Grund eines Falles von isolirter partieller Lähmung nach Poliomyelitis anterior acuta. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilkunde, T. 31, 1906.

[16]) H. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 4 wyd. Berlin 1905, T. I. str. 214.

lach leczniczych; chory może wprawdzie przy pomocy szczudeł lub jakiejkolwiek podpory prosto chodzić, woli jednak chodzić i biegać na czworakach.

B a d a n i e tegoż dnia przedsięwzięte stwierdziło: chłopiec, obecnie 8-letni, jest słabo zbudowany, miernie odżywiony, ma cerę twarzy zdrową. W położeniu na wznak jest brzuch po stronie prawej tylko bardzo nieznacznie wypuklony, jest tylko bardzo wiotki w porównaniu ze stroną zdrową. Kończyna dolna prawa jest znacznie zanikła, porażona, sino zabarwiona, znacznie cieńsza od lewej. Kończyną tą nie może chory leżąc na wznak wykonać żadnych ruchów, z wyjątkiem minimalnych drgań czwartym palcem. Przy położeniu na boku lewym unosi tę kończynę tylko nieznacznie. Kończyna dolna lewa przedstawia mniej wybitny zanik; kończyną tą może chory wykonać następujące ruchy: zginanie i wyprostowywanie w stawach biodrowym, kolanowym i skokowym, ruchy obrotowe (rotacyę) i przywodzenie w stawie biodrowym, zwracanie na wewnątrz i na zewnątrz (pronacyę i supinacyę) oraz ruchy obrotowe, prostowanie i zginanie w stawie skokowym. Podczas siadania (przejścia z położenia na wznak do siedzenia), przyczem chory podpiera się lewym łokciem, wypukla się bardziej prawa strona brzucha, przytem występuje pomiędzy prawym łukiem żebrowym, a grzebieniem biodrowym obrzęk owalny wielkości jaja strusiego, który po zwolnieniu tłoczni brzusznej zapada się. Przy omacywaniu jest wypuklenie to sprężysto twarde; przy opukiwaniu daje ono odgłos bębenkowy. Przy omacywaniu obrzęku podczas siadania można wymacać przez powłoki brzuszne po stronie prawej szeroką podłużnie owalną szparę w mięśniach brzusznych. Dośrodkowy jej brzeg tworzy boczny brzeg mięśnia prostego brzucha, boczny brzeg szpary tworzy twarde, ostro odgraniczone, ukośnie od góry dośrodkowo ku dołowi bocznie przebiegające pasmo mięśniowe (*m. obliq. abdom. ext.*). Pod tym brzegiem mięśniowym można wymacać w tym samym kierunku przebiegające mniej wybitne pasmo, należące do mięśnia głębiej leżącego (*m. obliq. abdom. int.*); szerokość tej szpary mięśniowej wynosi około 7 cm. Dolny brzeg ubytku mięśniowego sięga blisko na 3 cm. powyżej grzebienia kości biodrowej, górny brzeg blisko łuku żebrowego.

Gdy dziecko siedzi, wypukla się brzuch po stronie prawej silniej i występuje wyniosłość, niedokładnie odgraniczona. Jeżeli dziecko przytem płacze, śmieje się, krzyczy, kaszle, a szczególnie podczas nadymania się, występuje półkuliste ostro odgraniczone wypuklenie prawie wielkości głowy dziecka, sięgające ku górze prawie do łuku żebrowego, ku dołowi prawie ku kolcowi przedniemu, ku przodowi blisko pępka; tylna granica jest mniej uwydatniona. To samo ma miejsce, jeżeli dziecko stoi i nadyma się (por. ryc. 1 i 2). Wypuklenie jest rozmieszczone zatem pomiędzy linią pachową przednią, a tylną. Wymiary jego wynoszą: poprzeczny 24 cm, pionowy zaś 22 cm.

Gdy dziecko stoi, wypukla się cała prawa strona brzucha, lewa strona jest zapadnięta (por. ryc. 3). Przy obciążeniu stawu kolanowego zgina się kolano ku tyłowi (*genu recurvatum*) (por. rycinę 1 i 3). Przy oglądaniu dziecka od tyłu występuje wybitnie prawostronne skrzywienie kręgosłupa w części lędźwiowej z obniżeniem prawej połowy miednicy i wystawaniem lewego krętarza większego. Mięsień prostujący grzbiet jest po stronie prawej zanikły. Lewy pośladek jest zanikły, płaski, natomiast prawy uwydatnia się wyraźnie. Podczas chodu wyrzuca dziecko porażoną prawą kończynę, przyczem powstaje kolano w tył przegięte (*genu recurvatum*). Dziecko stąpa zewnętrznym brzegiem stopy (stopa końskoszpotawa porażna); brzeg ten ma na wysokości podstawy V. kości śródstopia wielki nagniot.

Dokładne b a d a n i e n e u r o l o g i c z n e, dokonane łaskawie przez Prof. Dr P r u s a, stwierdziło: wszystkie mięśnie prawej goleni i uda okazują tzw. porażenie wiotkie (schlaffe Lähmung), natomiast mięśnie kończyny dolnej lewej są w wysokim stopniu niedowładne. Czucie w obu kończynach dolnych (dotyku, bolu i ciepłoty również i lokalizacya czucia) jest prawidłowe.

Pobudliwość elektryczna: Mięsień prosty brzucha lewy jest częściowo zwyrodniały; oddziaływa bardzo słabo na prąd przerywany, w środkowej swej części wcale nie oddziaływa na prąd przerywany; przy użyciu prądu stałego występuje skurcz silniejszy przy zamknięciu anody, niż skurcz przy zamknięciu katody. Mięsień prosty brzucha lewy oddziaływa w górnej części na prąd przerywany bardzo słabo, w środkowej i dolnej części wcale nie. To samo stwierdza się przy użyciu prądu stałego. Mięsień skośny zewnętrz. brzucha lewy oddziaływa prawidłowo na prąd stały i przerywany; natomiast m i ę s i e ń u k o ś n y z e w n ę t r z. p r a w y n i e o d d z i a ł y w a w c a l e a n i n a p r ą d s t a ł y a n i p r z e r y w a n y (całkowity odczyn zwyrodnienia). Mięśnie kończyny dolnej prawej nie oddziaływają ani na prąd przerywany, ani stały, natomiast mięśnie kończyny dolnej lewej okazują częściowy odczyn zwyrodnienia. Mięsień prostujący grzbiet po stronie prawej nie oddziaływa na prąd przerywany, a na stały słabo.

Odruchy: kolanowy lewy utrzymany, prawy zupełnie zniesiony. Odruch ścięgna Achillesa po stronie lewej utrzymany, po prawej zniesiony. Odruchy dźwigacza jądra (*cremaster*) obustronnie nieco zmniejszone. Odruchy brzuszne po stronie lewej: górny, środkowy i dolny utrzymane, po prawej: górny słabo zaznaczony, środkowy zupełnie zniesiony, a dolny również osłabiony.

Nasz nowy przypadek służy zatem jako nowy dowód, że przepuklina brzuszna boczna zawdzięcza swoje powstanie częściowemu porażeniu tych mięśni po przebytem porażeniu rdzeniowem. (C. d. n.)

Z oddziału I. B) chorób wewnętrznych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Rzut oka na przypadki duru brzusznego w ubiegłem dziesięcioleciu.

Napisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Dokończenie).

W 61 przypadkach (25 m., 36 k.), t. j. 15%, można było stwierdzić zejście śmiertelne w przebiegu duru brzusznego, a w 324 przyp. (169 m., 155 k.), t. j. 84,2% wyleczenie. Największa śmiertelność przypadała na rok 1907 i wynosiła 26,6%; najmniejsza na r. 1897 i wynosiła 3,4%. Średnia śmiertelność u chorych na dur brzuszny dosięgała 15,5—16,2%. Śmiertelność w poszczególnych latach przedstawiała się następująco:

w r. 1897 (od 1. VI.)	zmarło na dur brz.	(0 m.,	1 k.)	1	t. j. 3,4%
» 1898	» » » » »	(2 »	4 »)	6	» 15,8 »
» 1899	» » » » »	(3 »	3 »)	6	» 16,2 »
» 1900	» » » » »	(4 »	3 »)	7	» 14,8 »
» 1901	» » » » »	(3 »	7 »)	10	» 20,4 »
» 1902	» » » » »	(2 »	1 »)	3	» 12,5 »
» 1903	» » » » »	(2 »	5 »)	7	» 15,5 »
» 1904	» » » » »	(2 »	1 »)	3	» 12,5 »
» 1905	» » » » »	(4 »	4 »)	8	» 21,6 »
» 1906	» » » » »	(1 »	1 »)	2	» 8,3 »
» 1907 (do 1. VII.)	» » » »	(2 »	6 »)	8	» 26,6 »

Ta znaczna różnica ze względu na ilość przypadków śmiertelnych w poszczególnych latach zależała: 1) od złośliwości epidemii duru brzusznego, 2) od okresu choroby, w którym chorzy przybywali do szpitala — wreszcie 3) od warunków przestrzegania dyety.

Największa liczba przypadków śmiertelnych wydarzyła się u chorych między 20. a 30. rokiem życia, mniejsza pomiędzy 13—20 i 30—40 rokiem życia; w wieku ponad 40 lat zdarzyły się tylko 4 przypadki zejścia śmiertelnego, gdyż:

w wieku od 13—20 lat	zmarło	(10 m.,	6 k.)	16 chorych
» » 20—30 »	»	(8 »	19 »)	27 »
» » 30—40 »	»	(4 »	10 »)	14 »
» » 40—48 »	»	(3 »	1 »)	4 »

Znaczniejszą śmiertelność u kobiet należy odnieść jużto do zmniejszonej odporności z powodu przebytych porodów, gorszego odżywiania się i ciężkiej pracy, jużto do zgłaszania się do szpitala w późniejszych okresach choroby

Najwięcej śmiertelnych przypadków wydarzyło się pod koniec III. tygodnia, t. j. w III. okresie duru brzusznego,

najmniej w początku II. tygodnia, t. j. w II. okresie choroby; prawie na równi pod koniec II. i w IV. tyg. choroby, jak to stwierdza poniżej zestawienie:

w okresie nacieku rdzeniastego zmarło	. (2 m.,	2 k.)	4'	
» owrzodzeń początkujących zmarło	(5 »	11 »)	16'	
» » oczyszczających się zmarło	(10 »	15 »)	25'	
» » zabliźnienia zmarło	. (7 »	7 »)	14	
» późniejszym (V—VIII tydz.) zmar.	(1 »	1 »)	2	

U chorych zmarłych z początkiem II. tygodnia (10 dzień) w okresie nacieku rdzeniastego w 3 przypadkach (2 m., 1 k.) śmierć nastąpiła z porażenia serca; w jednym przypadku (1 k.) z powodu włóknikowego obustronnego zapalenia płuc i zapalenia zmartwiającego chrząstki nalewkowej:

U osób zmarłych z końcem II. tygodnia (okres rozpoczynających się owrzodzeń) nastąpiło zejście śmiertelne:

w 4 przyp.	(2 m., 2 k.)	z powodu	porażenia serca,
w 3 »	(1 » 2 »)	»	włóknik. zapalenia płuc,
w 3 »	(0 » 3 »)	»	posocznicy,
w 1 »	(0 » 1 »)	»	krwotocznego ostr. zapalenia nerek,
w 1 »	(0 » 1 »)	»	krwotoku jelitowego,
w 1 »	(0 » 1 »)	»	zapalenia wsierdzia wielokrotnego,
w 1 »	(1 » 0 »)	»	nieżytowego zapal. płuc,
w 2 »	(1 » 1 »)	»	opadowego zapal. płuc.

U osób zmarłych pod koniec III. tygodnia (okres owrzodzeń i początek ich oczyszczania się):

w 15 przyp.	(7 m., 8 k.)	wywołały śmierć:	posocznica,
w 5 »	(2 » 3 »)	» »	krwotok jelitowy,
w 3 »	(1 » 2 »)	» »	włókn. zap. płuc,
w 1 »	(0 » 1 »)	» »	opadowe » »
w 1 »	(0 » 1 »)	» »	porażenie serca.

U osób zmarłych w IV. okresie (okres zabliźniania się wrzodów) i później (5—8 tydzień):

		śmierć nastąpiła z powodu:
w 10 przyp.	(4 m., 6 k.)	posocznicy,
w 1 »	(1 » 0 »)	włóknikowego zapalenia płuc,
w 1 »	(1 » 0 »)	opadowego zapalenia płuc,
w 4 »	(2 » 2 »)	porażenia serca.

Z zestawienia powyższego wynika, iż przyczynę śmierci w przebiegu duru brzusznego odnieść należy do:

1) posocznicy i ropnicy w 28 przyp. (11 m., 17 k), t. j. 45,9%,

2) porażenia serca w 12 przyp. (6 m., 6 k.), t. j. 19,9%,

3) włóknikowego zapalenia płuc w 8 przyp. (3 m., 5 k.), t. j. 13,1%,

4) krwotoku jelitowego (w 6 przyp. (2 m., 4 k.) t. j. 9,8%,

5) opadowego zapalenia płuc w 4 przyp. (2 m., 2 k.), t. j. 6,5%,

6) nieżytowego zapalenia płuc w 1 przyp. (1 m., 0 k.), t. j. 1,6%,

7) ostrego krwotocznego zapalenia nerek w 1 przyp. (0 m., 1 k.), t. j. 1,6%,

8) ostrego wielokrotnego zapalenia wsierdzia w 1 przyp. (0 m., 1 k.), t. j. 1,6%.

Na szczególniejszą uwagę zasługują przypadki zejścia śmiertelnego, w których oględziny pośmiertne stwierdziły zmiany w zakresie gardła i krtani. Pokrótce przytaczam według protokołów zakładu anatomii patologicznej U. Jag. rozpoznania anatomiczne:

1) M., l. 14. Rozp. anatomiczne: *Ileotyphus in stadio incipientis ulcerationis. Abscessus pulmonum multiplices. Pharyngitis diphtheritica. Tumor lienis subacutus. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum. Hyperplasia gl. mesaraicarum.*

2) K., l. 36. Rozp. anat.: *Ileotyphus in stadio depurationis ulcerum. Ulcus diphtheriticum pharyngis. Pneumonia crouposa lobularis bilateralis ad inferiores partes pulmonum, praecipue dextri. Tumor lienis ac. Tracheobronchitis cat. ac. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis. Nephritis parenchymatosa ac. incipiens. Decubitus in regione sacrali.*

3) K., l. 20. Rozp. anat.: *Ileotyphus in stadio ulcerationis. Ulcera epiglottidis. Pneumonia catarrhalis bil. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Nephritis acuta.*

4) K., l. 23. Rozp. anat.: *Ileotyphus in stadio exulcerationis. Tumor lienis ac. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum: Ulcera marginata epiglottidis. Bronchitis capillaris diff. Ecchymoses subarachnoidales convexitatis cerebri praecipue lobi frontalis utriusque. Haemorrhagia intestini crassi.*

5) K., l. 28. Rozp. anat.: *Ileotyphus in stadio exulc. Bronchopneumonia lobularis partium posteriorum et inferiorum pulmonum. Pleuritis fibrinosa d. Decubitus apicis epiglottidis. Perichondritis arythenoidea purulenta. Tumor lienis ac. Nephritis ac. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis.*

6) K., l. 13. Rozp. anat.: *Ileotyphus in stadio infiltrationis. Bronchopneumonia croup. lobularis. Perichondritis arythenoidea suppurativa ulcerosa. Tumor lienis ac. Degeneratio parenchymatosa hepatis.*

7) K., l. 18. Rozp. anat.: *Ileotyphus in stadio exulcerationis. Pneumonia apostematosa et crouposa dissem. bil. Gangraena pulmonum. Perichondritis arythenoidea septicopurulenta ss. sequestratione totali cartilaginis arythenoideae d. Pleuritis fibrinosa bil. Tumor lienis ac. Nephritis parenchymatosa ac. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Degeneratio adiposa myocardii. Degeneratio cerea musculorum rectorum abdominis. Decubitus sacralis gangraenosus.*

8) K., l. 24. Rozp. anat.: *Ileotyphus in stadio incipientis exulcerationis. Perichondritis arythenoidea d. purulenta. Abscessus retrotonsillaris gangraenosus. Adenoma gl. thyroideae lobi d. abscedens. Bronchitis capillaris lobi inferioris pulm. utriusque praec. d. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis. Nephritis ac. T. lienis subacutus.*

9) K., l. 23. Rozp. anat.: *Ileotyphus in stadio ulcerationis. T. lienis ac. Pleuropneumonia croup. lobul. bil. Pleuritis fibrinosa sin. Perichondritis arythenoidea purulenta bil. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum.*

Rozpoznanie duru brzusznego, pomimo, iż każdy prawie przypadek okazywał pewną odrębność w przebiegu klinicznym, w przeważnej liczbie nie sprawiało trudności przy uwzględnieniu całokształtu objawów chorobowych. W 3 tylko przypadkach obraz kliniczny przemawiał za durem brzusznym, powikłanym z zapaleniem opon mózgowych, a oględziny pośmiertne stwierdziły dwa razy ostrą gruźlicę prosówkową ogólną, a raz zapalenie ropne ograniczone

opłucnej lewej i zapalenie płuc włóknikowe ogniskowe. W tym ostatnim przypadku u mężczyzny 30-letniego rozpoznanie kliniczne za życia opiewało: *Meningotyphus. Pleuropneumonia crouposa bil. Exsudatum pleuriticum sinistrum. Decubitus ad os sacrum.* Odczyn Widala wypadł dodatnio w rozcieńczeniu 1:80. Toż samo w przypadku zejścia śmiertelnego z powodu gruźlicy prosówkowej u mężczyzny 36-letniego rozpoznano za życia błędnie dur brzuszny skutkiem dodatniego wyniku odczynu Widala; chory ów leżał w szpitalu 6 dni. Ważny objaw w durze brzusznym stanowiło często silne uczucie głodu, zazwyczaj już w połowie 3. tygodnia choroby, jakiego w żadnej innej chorobie się nie napotyka, prócz cukrzycy.

Nie da się jednak zaprzeczyć, iż w tych przypadkach, w których rozpoznanie duru brzusznego było niepewne, oddawało nam częstokroć niepomierną usługę badanie krwi, t. j. odczyn Gruber-Widala lub zastosowanie metody Kaysera-Conradiego, t. j. hodowla prątków durowych. Oceniając wartość rozpoznawczą musimy przyznać wyższość metodzie Kaysera-Conradiego nad odczynem Gruber-Widala. Próba Gruber-Widala, polegająca na tem, iż surowica krwi chorego na dur brzuszny zyskuje wkrótce zdolność aglutynowania żywych prątków durowych w odpowiedniem rozcieńczeniu (przynajmniej 1/50) stanowi niewątpliwie bardzo cenny środek rozpoznawczy w przypadkach nietypowego duru brzusznego; jednakże odczyn ten według naszego doświadczenia nie jest bezwzględnie pewny i może mieć dla duru brzusznego znaczenie co najwyżej równe z innymi objawami klinicznymi. Pouczają o tem już dwa nasze przypadki, w których na podstawie dodatniego wyniku odczynu rozpoznano błędnie za życia dur brzuszny, a sekcya w jednym przypadku u mężczyzny 35-letniego stwierdziła ostrą gruźlicę prosówkową uogólnioną, a w drugim u mężczyzny 30-letniego: zapalenie ogniskowe włóknikowe płuc, ograniczone zapalenie ropne w jamie opłucnej lewej, ostry obrzęk śledziony, brunatny zanik mięśnia sercowego, głęboką odleżynę nad kością krzyżową. Wobec faktu, stwierdzonego niejednokrotnie, iż własność krwi aglutynowania prątków durowych utrzymuje się przez dłuższy czas po przebytym durze brzusznym, nie da się zaprzeczyć, że chory ten dawniej nie przebył duru brzusznego; w każdym razie dodatni odczyn Gruber-Widala w tym przypadku nie przyczynił się do odpowiedniego rozpoznania za życia. Natomiast wręcz odwrotnie rzecz się miała u innego chorego, liczącego lat 30, który zmarł wśród typowego przebiegu duru brzusznego *(stadium detersionis ulcerum)*, a odczyn Gruber-Widala dał wynik zupełnie ujemny. Surowica chorego w rozcieńczeniach $^1/_{50}$—$^1/_{200}$ zupełnie nie wywoływała aglutynacyi prątka durowego; również odczyny z *bac. paratyphi A* i *bac. paratyphi B* w tych samych rozcieńczeniach dały wynik zupełnie ujemny. Pomimo tego ujemnego wyniku biochemicznego całokształt objawów klinicznych tak dalece przemawiał za durem brzusznym, iż rozpoznanie to za życia postawiliśmy, co też autopsya w zupełności potwierdziła.

Czy brak odczynu Gruber-Widala przy rozwiniętym całokształcie objawów klinicznych duru brzusznego nie jest poważnym objawem w rokowaniu, wskazującym na niepomyślny przebieg i czy nie stanowi naówczas zapowiedzi stanu porażnego w ustroju przed zejściem śmiertelnem, nie chcemy na podstawie jednego przypadku przesądzać; w każdym razie rzecz godna uwzględnienia na przyszłość.

O wiele pewniejsze i wcześniejsze wyniki rozpoznawcze dają się osiągnąć przez stosowanie metody Kaysera-Conradiego, polegającej na wyhodowywaniu prątków durowych ze krwi chorego. Dzięki tej metodzie już we wczesnym okresie duru brzusznego, — zanim wystąpi zdolność aglutynacyjna surowicy, — możemy uzyskać pewne rozpoznanie duru brzusznego w razie dodatniego wyniku. Jednak i przy stosowaniu tej metody może zajść wyjątek, jak o tem pouczył nas przypadek chorobowy, dotyczący mężczyzny, w którym metoda Kaysera-Conradiego dała wynik ujemny, a odczyn Widal-Grubera dodatni ($^1/_{100}$) w okresie gorączki durowej. Metoda Kaysera-Conradiego ma dawać wyniki pewne tylko w czasie okresu gorączki, dopóki prątki durowe krążą we krwi. Według naszego doświadczenia może ona wypaść dodatnio przy zastosowaniu jej i w okresie zdrowienia, jak to stwierdziliśmy w jednym przypadku. Okoliczność ta dowodzi, iż prątki durowe mogą we krwi znajdować się i w okresie bezgorączkowym po przebytym durze brzusznym, coby nam łatwo tłómaczyło powstawanie nawrotów choroby. Wogóle w przypadkach niepewnego rozpoznania duru brzusznego radzimy stosować i odczyn Gruber-Widala i metodę Kaysera-Conradiego.

Badanie drobnowidowe krwi nie ma większego znaczenia ze względu na rozpoznanie duru brzusznego. W II tygodniu, zgodnie z innymi autorami, zauważaliśmy ilość ciałek białych zmniejszoną t. j. leukopenię (ilość ciałek białych 3—4000); w późniejszych okresach ilość ciałek białych była prawidłową lub nieco większą (9,000) pomimo, iż powikłania nie można było wykryć; zresztą krew zachowywała się prawidłowo ze względu na obraz drobnowidowy i stosunek poszczególnych składników do siebie.

Tożsamo i odczyn dwuazowy Ehrlicha w moczu nie stanowi kryteryum rozpoznawczego; według naszego doświadczenia klinicznego odczyn dwuazowy Ehrlicha występuje prawie zawsze w pierwszych okresach duru brzusznego i stanowi jeden z jego objawów. Pojawienie się odczynu dwuazowego w durze brzusznym wskazuje jedynie na sprawę chorobową rozwijającą się, a więc już tem samem groźną i nie dozwalającą na dobre rokowanie; ustąpienie odczynu jest prawie zawsze zapowiedzią pomyślnie przebiegającego duru brzusznego. Wystąpienie odczynu dwuazowego w okresie zdrowienia wskazuje na nawrót duru brzusznego. Odczyn dwuazowy w durze brzusznym, to drogowskaz dla lekarza ze względu na rokowanie, ale nie rozpoznawanie choroby.

Leczenie w durze brzusznym było objawowe, a polegało głównie na odpowiedniem opróżnianiu jelit i podtrzymywaniu tętna. Przez cały czas pobytu w szpitalu otrzymywali chorzy co drugi dzień łyżkę olejku rącznikowego, aby wywołać codziennie od 2—3 stolców. Wpływało to bardzo korzystnie na przebieg kliniczny i nigdy po zastosowaniu olejku rącznikowego nie można było zauważyć pogorszenia; przeciwnie chorzy czuli się swobodniejsi, ustępowało wzdęcie brzucha, zmniejszała się gorączka. Podawanie olejku rącznikowego nie wywołało ani krwotoków, ani pęknięcia jelita. W tych przypadkach, w których ilość stolców dziennie wy-

nosiła ponad trzy, wstrzymywano olejek; w razie znaczniejszego rozwolnienia (6—8 stolców dziennie) podawano chorym wewnętrznie co 6 godzin kseroform 0,5 gr. i po 10 kropli nastoju makowca. Podobnie i przez cały czas choroby stosowano ciągle worek lodowy na suchym okładzie, godzinę na przemian na brzuchu w okolicy kątnicy i na głowie, przez co zapobiegało się znaczniejszemu wzdęciu jelit i znaczniejszej gorączce. W razie silnego wzdęcia jelit zakładano prócz tego dwa razy dziennie na godzinę gruby cewnik miękki głęboko w kiszkę stolcową w celu mechanicznego odprowadzenia gazów. W przypadkach krwotoku jelitowego zalecano bezwzględny spokój i podawano wewnętrznie obok przetworów makowca salol (3×0,30), tudzież trzy razy dnia 10 kropli 1‰ tonogenu Richtera. W celu skrzepienia mięśnia sercowego i podtrzymania tętna otrzymywali chorzy codziennie podskórnie azotan strychniny (0,001), tudzież wewnętrznie co 2 godziny łyżkę stołową 0,5% rozczynu kofeiny *(coffeinum natrosalicylicum)*. W razie zapadu podawano rozczyn kofeiny z dodatkiem 1% roztworu anyżkowo-amonowego *(liquor ammonii anis.)* lub stosowano nadto wstrzykiwania podskórne olejku kamforowego. Wysokiej ciepłoty ciała nie zwalczano środkami aptecznymi przeciwgorączkowymi; gorączka obniżała się przy ciągłem stosowaniu worka lodowego z podtrzymywaniem 2—3 wypróżnień stolcowych na dobę. Przeciw silnemu zajęciu sensoryum, majaczeniom, bolowi głowy, również dobrze działały okłady lodowe na głowę, a u opilców prócz tego i makowiec w większych dawkach.

Bardzo wielką wagę przywiązywano do stosowania ścisłej dyety. Chorzy przez cały czas gorączki i 10 dni po jej ustaniu otrzymywali wyłącznie płynne pokarmy, jak: herbatę z rumem, rosół, kleik, mleko słodkie, mleko kwaśne, winną polewkę i dwa jaja rozbite w bulionie. W razie przekroczenia tejże dyety, zawsze można było zauważyć znaczne pogorszenie; później zwolna chorzy przyzwyczajali się do przyjmowania pokarmów stałych (sucharków, potrawki i t. d.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Drobiński. **O stosowaniu atoksylu przy durze powrotnym i zimnicy.** (*Charkowskij Mied. Żurnal* 1907, X). Wobec zdania Schaudinna, że niektóre krętki są przejściową postacią rozwojową świdrowców, próbował D. leczyć atoksylem dur powrotny i zimnicę. W 4 przypadkach duru nie wywarł atoksyl żadnego wpływu na przebieg choroby. Nawet w dużych dawkach (0,5) nie działa atoksyl na krętki Obermeyera; ilość ich we krwi wcale się nie zmniejszała. Co się tyczy zimnicy, to w jednym lekkim przypadku leczenie atoksylem dało dobry wynik, w 2 innych przypadkach jednak wcale nie skutkowało. Jednocześnie skarżyli się chorzy po atoksylu na zawroty głowy, senność, bole w brzuchu. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Kovařiček. **Przypadek nagminnego zapalenia opon, leczony surowicą Jochmanna.** (*Deutsche Medizinal-Ztg.* 1907, Nr 65). 22-letni dragon, przyjęty 9. I. do szpitala wojskowego, zachorował przed 2 dniami wśród dreszczu, bolu głowy i członków, sztywności karku, c. 37·8°, nieprzytomności. W płynie, wydobytym przez nakłucie lędźwiowe, stwierdzono dwoinki Weichselbauma, leżące wewnątrz i zewnątrz komórek. Choremu wstrzyknięto trzykrotnie surowicę Jochmanna, naprzód 2 razy po 25 ctm.³, trzeci raz 10 ctm.³, wypuściwszy przedtem za każdym razem po 25 ctm.³ płynu mózgowo-rdzeniowego. Po wstrzyknięciach nie spostrzegano żadnych zaburzeń prócz krótkotrwałego przyspieszenia tętna. W połowie kwietnia opuścił ów dragon szpital, zupełnie się wyleczywszy. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Prof. Mannaberg. **O gorączce przerywanej przy kile narządów wewnętrznych, zwłaszcza wątroby.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T LXII). W 5 przypadkach kiły wątroby (we wszystkich wątroba i śledziona były powiększone), w jednym kiły płuc, a w jednym, w którym siedziby ogniska chorobowego nie można było oznaczyć, spostrzegał M. gorączkę o torze zbliżonym do tego, jaki występuje przy posocznicy i zimnicy. Ponieważ we wszystkich przypadkach leczenie swoiste szybko usuwało gorączkę, trzeba przypuścić, że miała ona tło swoiste, a możnaby ją uważać za gorączkę resorbcyjną. *Dr W. Kluger.*

Treupel. **O leczeniu ogólnem i miejscowem ostrego, oraz przewlekłego gośćca stawowego, jakoteż tryprowego zajęcia stawów.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 39). W leczeniu wewnętrznem daje T. w gośćcu stawowym pierwszeństwo salicylanowi sodowemu, stosując ten przetwór przez pierwsze dwie doby po 4—6 gr. na dobę, później aż do ustania gorączki i bolesności po 3 gr. Przy tej sposobności przestrzega T. przed zbytnią obawą, dotyczącą przetworów salicylowych, jako szkodliwych dla nerek. Inne przetwory salicylowe (aspirynę, fenacetynę) stosował T. tylko wtedy, gdy stosowanie salicylanu sodowego w ciągu 5 dni nie odnosiło pożądanego skutku. Miejscowo zaleca T. gorąco prócz ustalenia zajętych stawów przekrwienie bierne (2—4 godzin dziennie), oraz leczenie gorącem powietrzem. Gdy bolesność znika, stosuje się miesicnie, gdy wracają ruchy, przynajmniej bierne, stosuje się kąpiele ciepłe. — Tryprowe zajęcie stawów leczy się miejscowo w opisany powyżej sposób. — Przewlekłe zapalenie stawów leczyć najlepiej ogólnie i miejscowo tak samo, jak ostre; daje ono jednak znacznie gorsze rokowanie, niż ostre. *Dr Maryan Godlewski.*

Herz. **Wpływ wtórnego zakażenia różą na odczyn Gruber-Widala.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, 42). Autor spostrzegał przypadek duru brzusznego z wyraźnym odczynem Gruber-Widala, w którym pod koniec choroby, kiedy ciepłota opadła, przyłączyła się róża twarzy i wywołała kilkodniową gorączkę. Równocześnie z tem powikłaniem utraciła surowica tej chorej zdolność aglutynacyi prątków durowych, a stan ten utrzymywał się aż do końca przebiegu róży. Podobne zjawisko, t. j. znikanie odczynu Gruber-Widala w durze brzusznym, spostrzegali także inni przy powikłaniach z gronkowcem białym lub dwoinką zapalenia płuc. Chcąc potwierdzić i wytłómaczyć to kliniczne zjawisko, wykonał H. doświadczenia *in vitro*, rozcieńczając surowicę chorych durowych, dającą odczyn Gruber-Widala, surowicą chorych na różę. W żadnym jednak przypadku nie udało się znieść zdolności aglutynacyjnej surowicy chorych na dur. *Pisarski.*

Löwenstein. **O śródkomórkowem położeniu prątków gruźliczych w plwocinie i ich znaczeniu w rokowaniu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1903, 43). Zjawisko fagocytozy, które Wright tłómaczy obecnością we krwi opsonin, t. j. ciał, wzmagających w leukocytach zdolność pochłaniania bakteryi, starał się Wright zużytkować dla kliniki w celu oznaczenia odporności ustroju i rokowania na tej podstawie. Oblicza on t. zw. »wskaźnik opsoninowy«, t. j. zdolność leukocytów danego osobnika do pochłaniania bakteryi. U osobników, leczonych swoistemi surowicami, zdolność ta zwiększa się. Szczególnie robiono w tym kierunku badania co do prątka gruźliczego. Inni autorowie, n. p. v. Behring i Miecznikow dowiedli jednak, że wartość wniosków o odporności ustroju na podstawie fagocytozy jest względna, gdyż różne szczepy prątków gruźliczych nie w jednakim stopniu bywają pochłaniane przez leukocyty. Przekonano się także, że leukocyty mogą pochłaniać prątki gruźlicze bez współudziału ciał zawartych w surowicy (opsonin) i dlatego radzi Wright ostatnimi czasy próby owe robić w 1·2 prc. rozczynie NaCl, przy tem bowiem zagęszczeniu soli, prawidłowe leukocyty zdolność fagocytozy bez udziału surowicy tracą. L. zapatruje się na metodę Wrighta sceptycznie, gdyż przekonał się, że u chorych na gruźlicę można nie spostrzegać zjawiska fagocytozy pomimo, że *in vitro* leukocyty tego chorego po dodaniu surowicy mogą tę własność objawiać względem zupełnie obcego szczepu. Wedle L. metoda ta miałaby wówczas wartość, gdyby się badało w takich warunkach, jakie zachodzą w ustroju, a w gruźlicy nastręcza się właśnie taka sposobność spostrzegania fagocytozy przez histologiczne badanie plwociny. L. stwierdził, że prątki gruźlicze mogą w plwocinie leżeć śródkomórkowo, a następnie, że zjawisko to powstaje w pewnym związku z przebiegiem choroby. I tak spotykał on je, *a)* w gruźlicy przewlekłej, *b)* w świeżych przypadkach z dobrem rokowaniem, *c)* w przypadkach leczonych tuberkuliną (szczególnie często). W jednej komórce znajdował L. 1—5 prątków. Czasami widać w tych śródkomórkowo

położonych prątkach objawy rozpadu lub zwyrodnienia. L. przypuszcza, że to pożeranie prątków następuje nie w pierwszym okresie tworzenia się gruzełka, lecz dopiero wtedy, kiedy gruzełek zaczyna się rozpadać. Częste znajdowanie prątków w komórkach u osobników, leczonych tuberkuliną, nasuwa autorowi myśl, że i w ustroju wtedy dopiero następuje pożeranie prątków, kiedy się ustrój drogą naturalną uodpornił przez wchłanianie rozpadłych gruźliczo tkanek. Obfite znajdowanie się prątków gruźliczych w leukocytach plwociny uważa L. za pomyślne w rokowaniu, jako, zdaniem jego, dowodzące zdolności leukocytów do walki. *Pisarski.*

Karcher. **Przyczynek do leczenia wewnętrznych następstw skrzywień kręgosłupa.** (*Corr. Bl. f. schw. Ärzte* 1907, Nr 12). Autor dochodzi do następujących wniosków: Przy garbie i wywołanych przezeń zaburzeniach krążenia powinno leczenie zmierzać głównie do zmniejszenia niedoboru wdechowego. W tym względzie uważa K. za godne zalecenia chodzenie pod górę według Oertla. Natomiast odradza K. garbatym dłużej przebywać w wysokich górach, nawet gdyby chodziło o leczenie sanatoryalne gruźlicy. Przy garbie zdarza się często zapalenie osierdzia. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Passler i Seidel. **Przyczynek do patologii i terapii rozedmy pęcherzykowej.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 38). Freund utrzymuje, że do gruźlicy płucnej usposabia wązki pierwszy pierścień żebrowy. Sztuczne tedy rozszerzenie osiągnięte przez przecięcie chrząstki pierwszego żebra, w takich razach skróconej, mogłoby, zdaniem Freunda, złemu zaradzić. Stosunek odwrotny zachodzi według Freunda przy rozedmie płuc. Tu nadmierny rozrost chrząstek żebrowych, oraz niezwykła ich sztywność wywołuje powiększenie objętości klatki piersiowej, oraz jej niepodatność (starre Thoraxdilatation), wytwarzając kliniczny typ klatki piersiowej beczkowatej, tak znamienny dla pewnych postaci rozedmy. Stąd wdechowe ustawienie klatki piersiowej, co wywołuje wpływ niekorzystny w dwóch kierunkach. Stale do najwyższych granic naciągana przepona stopniowo zanika, zanikają też włókna sprężyste tkanki płucnej w ścianach pęcherzyków, a zanikają dlatego, bo w tych warunkach brak rytmicznego (w warunkach prawidłowych okresowo w czasie wydechu następującego) zwolnienia napięcia tkanki. Tak tedy następczo powstaje rozedma. Na zasadzie tych teoretycznych wywodów wykonane przecięcie chrząstek dało wynik znakomity, mimo że operacyi dokonano tylko po jednej stronie klatki piersiowej. — Operować należy ile możności wcześnie, przed zjawieniem się objawów niedomogi sercowej, wybierając tylko te przypadki rozedmy, w których istnieje znamienny kształt klatki piersiowej. *Dr M. Godlewski.*

Grossmann. **O niektórych nowych źródłach zawodowej ołowicy we Wiedniu.** (*Wiener klin. Wochs.* 45, 1907). Szerokie zastosowanie ołowiu i jego połączeń w przemyśle, stało się powodem częstego zatrucia tym metalem; Layet oblicza zawody, narażające na zatrucie ołowiem na 111, nie wyczerpuje on jednak wszystkich możliwości zatrucia. G. opisuje trzy przypadki przewlekłego zatrucia ołowiem. Jeden dotyczy szlifierza szlachetnych kamieni. Praca ta odbywa się na płytach ołowianych, które po zużyciu sam szlifierz topi i wlewa w formy. Płyty ołowiane można zastąpić cynowemi, które są o wiele mniej szkodliwe. Drugi przypadek jest o wiele ciekawszy, gdyż dotyczy kapelusznika, który białe filcowe kapelusze damskie impregnował białym proszkiem ołowiowym; ponieważ robotnik ten musiał często myć ręce, ażeby nie walać białych kapeluszy, więc zatrucie musiało tu nastąpić prawdopodobnie przez wdychiwanie proszku ołowiowego, unoszącego się w powietrzu pracowni źle przewietrzanej. (Nasuwa się myśl, że kapelusze z białego filcu, impregnowane białą farbą ołowiową [Bleiweiss], mogą wywoływać zatrucie u osób, noszących je. *Przyp. spr.*). Przypadek trzeci dotyczył pracownicy z huty szklanej, sortującej odpadki szkła; odpadki te bywają zawalane minią, która wywołała w tym przypadku zatrucie. We wszystkich trzech przypadkach z początku rozpoznanie było mylne, a dopiero dokładne badanie wykryło ołowicę. G. radzi zawsze u robotników, zgłaszających się do lekarza z objawami kolki, starannie badać, czy nie stykają się oni w jakikolwiek sposób z ołowiem. *Pisarski.*

S. Israël de Jong. **Badania histo-chemiczne i cytologiczne plwociny.** (*Rozprawa doktorska.* Paryż, 1907, str. 156, 4 ryciny kolorowe). W toku badań bakteryologicznych, dokonywanych wraz z Bezançonem, a tyczących się plwociny chorych, których uważano za chorych na grypę, zwrócił Jong uwagę na wielką doniosłość bezpośredniego badania plwociny, i odtąd systematycznie badał plwocinę metodą »cytodyagnostyczną«, metodą stosowaną przez J. Widala i jego szkołę w badaniu płynów mózgowordzeniowego i opłucnego. Przekonał się, że plwocina daje rzeczywiście stosunkowo wierny obraz zmian tej części dróg oddechowych, skąd jest wydzieloną. Plwociny przedewszystkiem nigdy nie należy rozcierać między szkiełkami, (jak do badania bakteryologicznego plwociny często się robi), ale powlekać szkiełka plwociną zapomocą drucika platynowego. Istotą podstawową plwociny jest śluz, o wejrzeniu już to szklistem, już to włóknikowem. Części szkliste najlepiej i najznamienniej barwią się błękitem wielobarwnym Unny w tonie czerwonawym. Czasem istotą podstawową plwociny nie jest śluz, ale istota surowiczo-białkowa, przedstawiająca się pod mikroskopem w postaci licznych kropelek różnej wielkości, barwiących się wyłącznie błękitem Unny w tonie fiołkowym, a więc zupełnie inaczej, niż śluz. Ta istota białkowa, z której prawie wyłącznie składa się plwocina przy obrzęku płuc, a która wraz ze szklistym śluzem stanowi podstawę plwociny wśród zapalenia płuc, wygląda i zachowuje się wobec barwików tak samo, jak wysięki surowiczo-włóknikowe opłucne i otrzewne, surowica krwi, surowica mleka i białko jaja, rozpuszczone w wodzie. — Nadto spotykamy w plwocinie różne komórki, a mianowicie: Komórki oskrzelowe, nietknięte wśród dychawicy oskrzelowej, zwyrodniałe wśród nieżytów oskrzeli; komórki nabłonkowe pęcherzyków, których obecność dowodzi zajęcia pęcherzyków płucnych. Komórki te wyglądają podobnie do wielkich jednojądrzastych krwinek białych, inne wyglądają, jakby obrzmiałe, i często zawierają barwik, ziarenka pyłu lub zmienionej hemoglobiny, czasem zaś są zwyrodniałe siateczkowato i dają odczyn barwny śluzu. W ostrych chorobach płuc spotykamy krwinki czerwone. Spotkać można także krwinki białe neutrofilne, i wśród napadów dychawicy krwinki eozynochłonne. — Plwocina w toku zapalenia płuc składa się głównie: 1) Z początku choroby z mieszaniny wysięku surowiczo-białkowego w postaci drobnych kropelek i szklistego śluzu. Rzadko spotyka się komórki, a prawie nie ma krwinek neutrofilnych. Na formułę cytologiczną składają się krwinki czerwone, młode złuszczone nabłonki pęcherzyków i komórki zwyrodniałe siateczkowato. 2) W okresie rozpływania się wysięku zapalnego coraz mniej jest wysięku surowiczo-białkowego i miejsce śluzu szklistego zajmują komórki siateczkowate. Obok nabłonków, przybierających w części cechy makrofagów, zjawiają się komórki wielojądrzaste. — Wśród ostrego nawału płuc plwocina przypomina plwocinę zapalną. (Francuzi obok zapalenia płuc rozróżniają jeszcze t. zw. »congestion pulmonaise aiguë«, albo inaczej »maladie de Woillen«). — Plwocina pochodząca z gardła, cechuje się szklistym śluzem, ułożonym w grudki, obfitością mikrobów i prawidłowemi lub zwyrodniałemi kwasochłonnemi komórkami, pochodzącemi z gardła. Na podstawie cech cytologicznych łatwo ją odróżnić od plwociny gruźliczej. — Zapalenie oskrzeli ostre powierzchowne znamionuje się z początku obecnością śluzu, później coraz więcej zjawia się komórek oskrzelowych zwyrodniałych. W okresie późniejszym miejsce śluzu szklistego zajmują szerokie śluzowe siatki, zasiane obficie komórkami wielojądrzastemi. — W toku ostrego obrzęku płuc stanowi plwocinę prawie wyłącznie wysięk surowiczo-białkowy, ułożony w kropelki i tu i owdzie komórka nabłonkowa z pęcherzyków, oskrzeli, lub krwinka. — Formułę cytologiczną plwociny wśród biernego przekrwienia płuc stanowią komórki nabłonkowe, o cechach makrofagów, zawierające barwik, zmieszane zależnie od nasilenia sprawy i okoliczności klinicznych ze śluzem szklistym lub wysiękiem surowiczo-białkowym. — Plwocinę w toku dychawicy i stanów pokrewnych stanowi przedewszystkiem śluz, zasiany nabłonkami oskrzelowymi, prawie prawidłowymi i bardzo obfitemi komórkami eozynofilnemi. — Dla rozedmy płuc nie da się określić formuła cytologiczna, bo zależy od etyologii i powikłań. *Stahr.*

Pedyatrya.

M. Marfan. **Krzywica w stosunku do spiczastego zniekształtnienia sklepienia podniebiennego i przewlekłego przerostu limfatycznej tkanki gardła.** (*Sem. méd.* Nr 38, 1907). Spiczaste zniekształtnienie podniebienia (łuk podniebienny wązki, długi i wysoki, zęby przednie górne wystające, inne nieprawidłowo poumieszczane, czasem jeden na drugim) tłómaczyli dotąd różni autorowie albo przerostem trzeciego migdałka i stąd wynikającem utrudnieniem oddychania, albo uważali za objaw zupełnie prawidłowy u osobników długogłowych. Autor na podstawie swoich spostrzeżeń u 47 dzieci, dotkniętych tem zboczeniem podniebienia, dochodzi do wniosku, że wyłącznie krzywica jest jego przyczyną. Albowiem na owych 47 dzieci, w różnym wieku, zawsze niższym od lat 15, było 12, które nie miały ani śladu wyrośli gruczołowatych, a były między niemi i takie, u któ-

rych owo zniekształtnienie było bardzo wybitne. — Usunięcie wyrośli gruczołowatych nie ma nigdy żadnego wpływu na owo zboczenie, nawet bardzo rychłe usuwanie migdałków, zarówno podniebiennych, jak i trzeciego. M. dowodzi, że zmianę tę spotkać można tylko u dzieci, dotkniętych krzywicą i że stopień jej jest proporcyonalnym do zmian krzywiczych, które, jak autor wyraźnie podkreśla, nie zawsze zajmują cały kościec, ale niekiedy tylko twarz samą, a tu znowu czasem wyłącznie szczękę górną. Zboczenie to podniebienia zjawia się też wedle M. zawsze równocześnie z krzywicą i z nią równolegle się rozwija. Dlaczego zaś towarzyszy mu przerost tkanki gruczołowatej w gardle tak często, że klinicyści zwykle łączą oba objawy w związek przyczynowy, to tem się tłómaczy, że obie te zmiany mają wspólną przyczynę w krzywicy, która wedle M. jest chorobą ogólną, wcale nie ograniczającą się jedynie do kości. Wedle M. krzywica jest wynikiem ochronnego odczynu ustroju dziecięcego na różne zatrucia, czy zakażenia przewlekłe, odczynu ze strony szpiku kostnego, który podrażniony buja gwałtownie, wnika zdaniem M. w tkankę kostną i wywołuje zmiany znane pod nazwą krzywiczych. Ponieważ u dzieci zróżniczkowanie narządów krwiotwórczych jeszcze nie jest tak wyraźne, dlatego często równocześnie ze szpikiem oddziaływają i gruczoły chłonne i tkanka gruczołowata i śledziona. *Stahr.*

Yanese. **O zmianach w gruczołach przytarczowych przy wzmożonej pobudliwości na prąd galwaniczny u dzieci.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 39). Tężyczka, której ulegają dzieci w wieku od 3 do 30 miesięcy życia, jest stanem nadmiernej pobudliwości układu nerwowego; stąd napady kurczów mięśni, krtani i drgawek. Stałym i w rozpoznawaniu tężyczki ważnym objawem jest wzmożona pobudliwość nerwów obwodowych na prąd galwaniczny. Zależnie od tego, czy pobudliwość nerwów obwodowych jest wzmożona na działanie katody, czy anody, odróżnia się dwie postacie tężyczki. Tężyczka jest następstwem zmian chorobowych w gruczołach przytarczowych. Zmiany te mogą być różnej przyrody; najczęściej jednak w przypadkach tężyczki stwierdza sekcya wybroczyny lub ślady wybroczyn w gruczołach przytarczowych. Yanese u wszystkich bez wyjątku dzieci, u których przy sekcyi znajdował wybroczyny w gruczołach przytarczowych, stwierdzał za życia nadmierną pobudliwość nerwów obwodowych na prąd galwaniczny. Wybroczyny w obrębie gruczołów przytarczowych jako przyczynę tężyczki należy w ten sposób pojmować: Zadaniem gruczołów przytarczowych jest niweczyć lub też zobojętniać trujące wytwory przemiany materyi, które działają przedewszystkiem na układ nerwowy. Wybroczyny, występujące w obrębie gruczołów przytarczowych, nie niszczą ich całych, ale tylko część ich miąższu; skutkiem tego działanie ich nie całkiem odpada, ale siła ich działania zmniejsza się; na razie jeszcze wystarczając do zobojętniania trujących produktów, z czasem może się stać niedostateczną, a wtedy jako wyraz zatrucia układu nerwowego występuje tężyczka. Wybroczyny w gruczołach przytarczowych występują w początkach życia pozapłodowego, lub nawet w czasie porodu. Ślady po nich najwyraźniejsze i najczęściej spotyka się u dzieci, zmarłych w pierwszym roku życia, a rzadziej u starszych; wyżej 5-go roku życia spotyka się je tylko wyjątkowo. *Kostrzewski.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 13. listopada 1907.

Przewodniczy prezes prof. Rosner. Obecnych członków 51.

1) Protokół odczytano i przyjęto.

2) Kol. prof. Wachholz pokazuje **kołek** długi 29 cm., mający obwodu $18^1/_2$ cm, o średnicy 6 cm, wydobyty w szpitalu w Tarnowie **z odbytu** 35-letniego wieśniaka, który wprowadził sobie tam kołek niewątpliwie dobrowolnie, chociaż się tego wypiera. Prelegent omawia sprawę ciał obcych w odbycie. (Wykład ten ukaże się wkrótce w »Przeglądzie lek.«).

W dyskusyi prof. Kader podaje, że widział w Dorpacie zbiór dzwonków wydobytych z odbytnic woźniców, którzy przebywając długie przestrzenie wprowadzali je tam sobie rzekomo dla powstrzymania wypróżnień. — Kol. Krok podaje, że robotnicy z kopalń srebra w Australii wprowadzają sobie do odbytu spore kawałki srebra celem kradzieży (zarząd kopalń radzi sobie w ten sposób, że każe im przeskakiwać przy wyjściu z kopalni przez wysoki płot, przyczem zwieracz odbytu wypowiada złodziejom służbę.) — Kol. Cercha podaje, że został raz wezwany na klinikę prof. Mikulicza, gdzie zapomocą kleszczy usunął młodemu chłopakowi duży kamień z odbytu.

3) Kol. prof. Kader przedstawia chorą, którą będzie operował z powodu dużego nowotworu, wychodzącego z części miękkich obok sutka lewego; klinicznie rozpoznawano **włókniako-mięsaka.**

Kol. Gliński w dyskusyi omówił powyższy przypadek histologicznie.

4) Kol. prof. Ciechanowski wygłosił uwagi **w sprawie państwowej ustawy o chorobach zakaźnych,** posługując się dla objaśnienia stanu chorób zakaźnych mapami i tablicami, za których użyczenie na ten cel składa podziękowanie krajowej Radzie Zdrowia we Lwowie, a w szczególności R. Dw. Dr J. Merunowiczowi.

W dyskusyi kol. Karpiński uzasadnia swój pomysł utworzenia odrębnej »straży zdrowia«, odpowiednio wyuczonej, ubranej i uzbrojonej. Używana dziś w wielu przypadkach przy zwalczaniu epidemii żandarmerya ani wiadomościami, ani umundurowaniem, ani uzbrojeniem nie odpowiada celowi. W braku takiej straży zdrowia najlepsza ustawa pozostanie w Galicyi na papierze. — Kol. Prof. Browicz, wnosząc o zamknięcie nad tą sprawą dyskusyi z uwzględnieniem zapisanych do głosu, czyni następujący wniosek: »Wnosząc z projektów zasad ustawy przeciw chorobom zakaźnym, ogłoszonych w »Oesterr. Sanitätswesen«, iż Galicya mogłaby ponieść szkodę wskutek nieuwzględnienia należytego odrębnych jej stosunków geograficznych, finansowych i kulturalnych, Towarzystwo lekarskie krakowskie zwraca się do Wysokiego Rządu krajowego z prośbą o zwołanie w tej sprawie ankiety lekarskiej, w skład której wchodziliby członkowie Rady zdrowia krajowej, Wydziałów i Towarzystw lekarskich w celu ułożenia projektu takiej ustawy, uwzględniającej stosunki Galicyi«.

Kol. Krok popiera powyższy wniosek, oświadczając się za zniesieniem w Galicyi autonomii sanitarnej, a za zaprowadzeniem osobnej ustawy sanitarnej dla Galicyi. — Kol. Bier podnosi, iż ustawa niemiecka z r. 1900 jest ustawą ramową, dotyczącą tylko kilku najważniejszych chorób. Zwalczanie innych chorób zakaźnych odbywa się na podstawie ustaw, wydanych osobno w poszczególnych krajach, przystosowanych do warunków miejscowych. — Kol. Warzycki kładzie nacisk na ważność natychmiastowego donoszenia o pierwszych przypadkach choroby zakaźnej, oraz natychmiastowego przenoszenia chorych i ich otoczenia do lokalów izolacyjnych lub szpitali gminnych. — Po przemówieniu prelegenta prof. Ciechanowskiego, który akceptuje w całości wniosek prof. Browicza, wniosek ten jednomyślnie uchwalono.

Posiedzenie d. 20. listopada 1907.

(W klinice okulistycznej.)

Przewodniczy prezes Prof. Rosner. Obecnych członków 37.

Prof. Bujwid wyłożył rzecz p. t.: **Z teoryi fotografii barwnych,** objaśniając wykład licznemi zdjęciami na ekranie.

W dyskusyi przemówił kol. Prof. Wachholz.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XIX. Posiedzenie d. 22. listopada 1907.

Część I: Przewodniczący, prof. Gluziński, zdał sprawę z czynności Zarządu Tow., przygotowującego **obchód trzydziestolecia istnienia Towarzystwa.** Obchód odbędzie się d. 28. grudnia b. r. Poddał następnie pod głosowanie sprawę wyboru stałej komisyi dla zmiany statutu, mającej przeprowadzić **usamodzielnienie Towarzystwa** Lek. lwowskiego, jakoteż stałego komitetu, mającego zająć się sprawą **budowy własnego domu Towarzystwa.** Do komisyi statutowej zostali wybrani: Doc. Dr Bednarski, prezydent Izby lek. lwow. Dr Festenburg, Prof. Dr A. Gluziński, Prof. Dr Machek, R. dw. Dr Merunowicz, Doc. Dr Rencki, dyr. Dr Starzewski. Do komitetu budowy domu weszli: prez. Dr Festenburg, Prof. Dr A. Gluziński, Prof. Dr Machek, Dr Mahl (sen.), R. dw. Dr Merunowicz, Dr Obtułowicz, Prym. Dr Pisek, Doc. Dr Rencki, dyr. Dr Starzewski, Dr Stroynowski, Prof. Dr Wiczkowski, Prof. Dr G. Ziembicki.

Część II: I. Kol. Dr Reis mówił o **uodpornieniu Römera w przypadkach wrzodu pełzającego rogówki** (*ulcus serpens corneae*). Prelegent przedstawia wyniki leczenia wrzodu pełzającego rogówki na oddziale ocznym szpitala powszechnego, dochodząc do wniosku, że właściwą wartość leczniczą posiada tylko uodpornienie czynne zapomocą wstrzykiwań zabitej hodowli dwoinek zapalenia płuc; natomiast uodpornienie bierne zapomocą

wstrzykiwań surowicy, wartości leczniczej nie posiada. Prelegent omawia także znaczenie uodpornienia czynnego jako środka zapobiegawczego.

II. Dr W. Ziembicki (prac. chem.-bakt. szpit.) oznajmia, że u jednego z chorych z oddz. wewn. I. szpit. powsz. (prym. radca Opolski) znalazł w stolcach **węgorka jelitowego** (*anguillula intestinalis* s. *rhabdonema intestinale*), ponieważ jednak chory ten (z innego powodu) zmarł, a pasorzyty w kale nie dały się w żywym stanie przechować, nie okazuje ich, jak to było zapowiedziane. Jestto trzeci przypadek stwierdzenia tego pasorzyta u nas. O obu pierwszych (z kliniki lek.) podał mowca wiadomość przed 2 laty w Towarzystwie lekarskiem.

Witold Ziembicki.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 1. października 1907.

1) Bregman przedstawił przypadek **tętniaka tętniczo-żylnego** (*aneurysma arteriosovenosum*) tętnicy udowej. Chory, 17-letni, przed dwoma laty został przypadkowo postrzelony w prawe udo; od pół roku bole w udzie, zwłaszcza przy chodzeniu. Badanie przedmiotowe stwierdziło: prawa okolica podpachwinowa więcej wypełniona, na powierzchni skóry liczne żyły rozszerzone. Tętno tętnicy udowej prawidłowe, czuć je dokładnie; nieco ku wewnątrz w miejscu żyły udowej bardzo wyraźne drżenie (*frémissement vibratoire*); osłuchowo: chuchający, głośny, przeciągły szmer, wzmagający się przy każdym skurczu; szmer ten słychać i powyżej linii pachwinowej. Cała kończyna nieco zgrubiała, n. udowy niebolesny, odruch kolanowy słabszy, zresztą zaburzeń czuciowych i bólowych brak. Bregman na zasadzie obecności drżenia (*frémissement*) i szmeru, oddzielnego tętna tętnicy udowej, rozszerzenia żył na powierzchni i zgrubienia kończyny, wreszcie rozchodzenia się szmeru w kierunku dośrodkowym rozpoznaje tętniak tętniczo-żylny. Czy jest to żyłotętniak (*varix aneurysmaticus*), t. j. bezpośrednie połączenie tętnicy z żyłą i rozszerzenie workowate żyły, czy też tętniak rzekomy (t. zw. *aneurysma varicosum*, czyli *aneurysma spurium*), łączący się zarówno z tętnicą, jak i z żyłą, rozstrzygnąć trudno.

2) Janowski Wł. pokazał i objaśnił użycie **sfigmoskopu Pala.** Przyrząd ten określa ciśnienie krwi na zasadzie metody oscyllacyjnej. Ciśnienie skurczowe określa się tym przyrządem według chwili, w której drobne wahania zabarwionej na czerwono nafty stają się żywsze; rozkurczowe zaś, podług chwili, w której bardzo żywe wahania rzeczonego słupa nafty stają się drobniejsze. Przyrząd ten pozwala, stosownie do ustawienia kurka, badać ciśnienie w tętnicy ramieniowej przy nałożeniu na ramię mankietu Riva-Rocciego, oraz w tętnicy palcowej przy nałożeniu na palec pierścienia Gärtnera. Janowski uważa badanie tym przyrządem za uciążliwe i nie usuwające pewnych wątpliwości.

3) Janowski Wł. pokazał i objaśnił użycie **turgosfigmografu Straussa.** Jest to przyrząd, pozwalający zapisywać automatycznie na bębnie kimografionu jednocześnie pochyłą ciśnienia krwi, oraz krzywą tętna. Od miejsc krzywej tętna, odpowiadających ciśnieniu skurczowemu, oraz rozkurczowemu, prowadzi się prostopadłą do linii poziomej, oznaczającej O ciśnienia krwi. Przedtem określa się rzędną, jaką pisana jest pochyła ciśnienia krwi. Odmierzając linijką wysokość prostopadłych od chwili ich przecięcia z pochyłą ciśnienia krwi aż do linii zera w punktach, odpowiadających ciśnieniu krwi skurczowemu i rozkurczowemu, oraz obliczając stosunek wysokości tych linii do wysokości rzędnej, oznacza się ciśnienie krwi skurczowe i rozkurczowe zupełnie ściśle bez pośpiechu, oraz z możnością sprawdzenia przez każdą inną osobę, czy i o ile dokonane określenie ciśnienia krwi jest ściśle. Krzywą tętna można na tym samym papierku, puszczonym w szybkim biegu kimografu, poddać różnym obliczeniom dla narysowania bezwzględnego sfigmogramu, wyliczenia szybkości tętna i t. d. Przy sposobności pokazuje J. szereg krzywych tętna, przez siebie pomierzonych co do trwania w nich czasu wstępowania tętna, oraz czasu jego opadania, dowodząc, że robota jest bardzo łatwa i dokładna w szczegółach.

4) Karwacki pokazał **preparaty** tkankowe z przypadków **przymiotu** dziedzicznego, kilaka wątroby i wątrobę królika z cytoryktesami, oraz dwa **preparaty pierwotniaków przymiotu** z podłoża stałego i z podłoża płynnego, nadto **hodowlę świdrowca bladego** na pożywce płynnej. Pomimo uzyskania hodowli, nie może jeszcze K. podać cyklu rozwojowego i powiązać w jeden łańcuch wszystkich postaci, spostrzeganych zarówno w tkankach, jak i w hodowlach. Doświadczenia wykonywał K. na królikach z wynikiem różnym, zależnie od techniki szczepień. Hodowle zabite K. szczepił sobie i jednemu choremu (na wiąd) dla wypróbowania objawów ubocznych. Szczepionka objawów miejscowych nie wywołuje.

Dyskusya: Rzętkowski zarzuca prelegentowi, że nie dostarczył ani jednego dowodu na to, aby to, co przedstawia, było istotnie hodowlą krętka bladego. Ze krwi dziecka kiłowego, zmarłego niewiadomo na co, K. wyhodował coś, co zaszczepił królikowi, który zachorował i padł także niewiadomo na co, gdyż K. wcale nie dowiódł, że to był istotnie przymiot. K. powinien był tu przynajmniej stwierdzić obecność jadu kiłowego zapomocą metody wiązania komplementu. A przy tak kruchych danych K. szczepił swe hodowle człowiekowi. K. jest ofiarą własnego złudzenia. — Żenczykowski sądzi, że K. mógłby mówić o swoistości swej hodowli jedynie tylko wtedy, gdyby szczepienie jej u małp wywoływało objawy przymiotu pierwotnego. Szczepienie ludziom szczepionki, tak mało wypróbowanej, Ż. musi potępić.—Trzciński zaznacza, że doświadczenia prelegenta z królikami nie rzucają żadnego światła na omawianą sprawę. Króliki padły na inne jakieś ciężkie zakażenie, niczem nie przypominające zakażenia przymiotowego; ani czas wylęgania, ani kliniczne objawy nie okazują żadnej analogii. — Otto twierdzi, że brak u królika po zaszczepieniu objawów spotykanych u ludzi, nie dowodzi jeszcze, że królik nie ma przymiotu. Być może, że króliki inaczej oddziaływają na zarazek przymiotu i stąd brak swoistych pospolicie owrzodzeń i wysypek. — Dębiński podnosi, że zmiany tkankowe, które wywołał prelegent przez swe szczepienia, nie mają nic swoistego dla przymiotu; są to prawdopodobnie objawy zgorzeli. — Prelegent odpowiada Rzętkowskiemu, że hodowla pochodziła z przypadku kiły wrodzonej, za materyał do zasiania posłużyła krew z serca. Wielopostaciowość postaci na preparatach jest zrozumiałą wobec tego, że pasorzyt jest pierwotniakiem.

Ign. Landstein.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Walne Zebranie d. 13. października 1907.

Przed rozpoczęciem Zebrania zwiedzono szpitalik św. Józefa pod kierunkiem ordynujących lekarzy Drów Krysiewicza i Pomorskiego. Wszyscy obecni wyrażali się z uznaniem o porządku i znakomitych urządzeniach nowozbudowanego szpitalika.

Następnie zagaił Walne Zebranie prezes radca Dr Franciszek Chłapowski i zaproponował na przewodniczącego Dra Przybyszewskiego z Inowrocławia.

1) Dr Szafarkiewicz z Gniezna przedstawia obmyślany przez siebie **zgłębnik do rozszerzania przełyku** w postaci grubej świeczki elastycznej. — Ożywiona dyskusya obracała się głównie koło pytania, czy wogóle należy sondować, czy nie. Dr Fr. Zakrzewski sądzi, że sondować trzeba jak najmniej, natomiast przez przepłukanie i prześwietlenie przekonać się, czy nie ma ciał obcych. Przedstawiony zgłębnik uważa za bardzo gruby. Poleca raczej wpuszczanie srebrnych kulek na nitkach po poprzedniem wpuszczeniu ciepłej oliwy. — Również za niebezpieczne uważa sondowanie Dr Mieczkowski, szczególnie cienkim zgłębnikiem przy nowotworach; wspomina o nieszczęśliwych przypadkach Gottsteina i Mikulicza, którzy przebili przełyk. — Dr Pomorski zwraca uwagę na niebezpieczeństwo zgłębnikowania przy uchyłkach, które bardzo łatwo przebić. W przypadkach raka lepiej wykonać gastrostomię. — Dr Krzyżagórski z Wrześni ze stanowiska lekarza praktycznego oświadcza się za zgłębnikowaniem, które w praktyce niejednemu choremu przyniosło ulgę. — Dr Łazarewicz zapytuje, jakie rodzaje zwężenia przełyku spostrzegał Dr Szafarkiewicz. Jeźli uchyłek utrudniał przejście zgłębnika, to nie można tego nazwać »zwężeniem«. — Dr Radojewski z Janowca opisuje ze swej praktyki przypadek bardzo znamienny. Pastor pewien napił się przez pomyłkę ługu żrącego. Mowca założył mu miękki zgłębnik żołądkowy, przez który się chory odżywiał. Po 6 tygodniach chory przyszedł znacznie do siebie; krewny jego, lekarz, założył mu wtedy zgłębnik twardy, który przedziurawił przełyk, poczem nastąpiła śmierć w przeciągu dwóch godzin. — Dr Zakrzewski przyznaje Dr Krzyżagórskiemu słuszność w tych przypadkach, w których zgłębnik przechodzi przez zwężenie.

2) Dr Mieczkowski *a*) przedstawia 38-letniego chorego, który cierpiał na **raka żołądka.** Dr M. operował go przed 4½ rokiem i wyciął przytem ⅘ żołądka sposobem Rydygiera-

Billrotha z odmianą Kochera. Chory przyszedł zupełnie do siebie, pracuje obecnie i je wszystko, nawet kapustę. Ponieważ nie ma nawrotu, przeto należy uważać tego chorego za zupełnie uleczonego. *b*) Dalej przedstawia Dr M. **kamień nerkowy**, wyjęty u 60-letniego chorego.

3) Dr Karwowski wyłożył rzecz p. t.: **Wstrzykiwania rtęci wobec najnowszych odkryć przy kile.** Odkrycie krętka bladego dotąd nie zmieniło sposobu leczenia kiły, choć teorya katalityczna każe nam się nieco odmiennie zapatrywać na działanie rtęci. Prelegent przechodzi kolejno historyczny rozwój leczenia kiły, rozstrząsając pokrótce wszystkie sposoby jej leczenia i środki od najstarszych do ogłaszanych w ostatniej dobie. Zatrzymuje się potem dłużej przy wstrzykiwaniach rtęci. Dr K. stosuje wstrzykiwania salicylanu rtęci, które uważa za najlepsze, pozostawiając oczywiście inne metody specyalnym wskazaniom. Metoda jednak dotychczasowa wstrzykiwania salicylanu rtęci w zawiesinie parafinowej nie jest wolną od różnych niedogodności, jak zatory, nacieki, bolesność i t. d. Mowca starał się braki te o ile możności usunąć i po szeregu doświadczeń doszedł do przekonania, że najlepszą jest zawiesina oliwna tego przetworu. Na Zjeździe lwowskim równocześnie Dr Leszczyński przedstawił swe doświadczenia z olejkiem sezamowym. Okazało się na podstawie kilkuset wstrzyknięć, że istotnie oliwa sprawia znacznie mniej dolegliwości i tylko bardzo rzadko nacieki. By uniknąć zatorów, prócz ostrożności, zaleconych przez Lessera, Pinkusa i t. d., mowca obmyślił następujący sposób wstrzykiwania: igłę oczyszczoną wyskokiem, a napełnioną już zawiesiną, wkłuwa wysoko i na zewnątrz w pośladki. Potem odejmuje strzykawkę, pociągnąwszy nieco tłok (celem wyssania w danym razie krwi) i czeka, czy nie ukaże się krew. Jeśli nie, wstrzykuje powoli kilka kropli, każąc choremu głębiej oddychać, a to w tym celu, by się przekonać, czy jednak igła nie dostała się do żyły i płyn nie grozi dostaniem się do płuc. Jeśli chory nie dostaje kaszlu, ani nie uczuwa ciśnienia w płucach, wówczas wstrzykuje resztę. W ten sposób udało się prelegentowi w kilkuset przypadkach uniknąć zatorów; natomiast zdarzyły się one kilkakrotnie, gdy tej ostrożności nie zachował. Wreszcie poleca po wstrzykiwaniu ruch, dzięki któremu bolesność zmniejsza się bardzo znacznie, u chorych leżących spostrzegał M. natomiast objawy zatrucia. Tłómaczy to szybszem wydzielaniem się rtęci przy ruchu cielesnym. Co do powtarzania leczenia, to M. stoi na stanowisku Neissera-Fourniera. Jedynie bowiem w ten sposób ma się zapewniony nadzór nad chorym.

W dyskusyi zapytuje Dr Krzyżagórski o działanie atoksylu, bardzo obecnie zachwalanego. — Dr Chłapowski zapytuje się, jak leczyć rtęcią leżących w łóżku. — Dr Szafarkiewicz porusza kwestyę małżeństwa chorych na kiłę. — Dr Radojewski wspomina o przypadku kiły, leczonym przez wielkie powagi, a jednak o bardzo ciężkim dalszym przebiegu. — Dr Chłapowski popiera zdanie prelegenta, że należy leczyć metodą przewlekłą. Mianowicie w Galicyi, gdzie kiła jest w niektórych okolicach nagminną, należałoby większy kłaść nacisk na długotrwałe leczenie. — Dr Święcicki przytacza przypadek Tarnowskiego, dotyczący kapitana rosyjskiego, który przez 30 lat nie miał objawów kiły, a potem cierpiał na ciężkie kiłowe zmiany czaszki. — Dr Łazarewicz odczytuje list Dra Wlazłowskiego z Międzyrzecza, który, nie mogąc przybyć, piśmiennie przesyła swe zapatrywanie, że tylko wcierania są racyonalnem leczeniem kiły. — Wreszcie Dr Dziembowski zaznacza, że według jego zdania objawy zatrucia najłatwiej mogą się zdarzyć przy wstrzykiwaniach nierozpuszczalnych przetworów rtęci. — Prelegent w swej odpowiedzi kładzie raz jeszcze nacisk na bardzo skrupulatne leczenie, mianowicie w pierwszych latach, gdyż przy zaniedbaniu choroby przez pierwsze lata, później najsilniejsze kuracye nie zdołają zapobiedz ciężkim objawom późnym.

4) Dr Dziembowski wygłasza wykład: **O chorobie Weila.** Rozpoznanie tej choroby w pierwszych dniach jest niemożliwe. Łatwiejsze, jeśli podczas epidemii pojawi się zapalenie gardła i bole w mięśniach. Żółtaczka popiera rozpoznanie, choć i tu zachodzi możność pomieszania choroby z ostrym zanikiem wątroby. Podobny jest także dur żółtaczkowy, który atoli jest wywołany przez krętki Obermeyera, co prawda widoczne tylko podczas gorączki. Moczutkowski uważa badanie krwi za konieczne. Karliński, pisząc o chorobie Weila, miał zapewne przed sobą dur żółtaczkowy. Loewenthal stwierdził w chorobie Weila odczyn podobny do odczynu Widala. Od duru brzusznego różni się choroba Weila nagłem podniesieniem się ciepłoty, oraz jej krzywą. Może w przyszłości uda się chorobę Weila ściślej określić przez wykrycie swoistych zarazków.

5) Dr Łazarewicz miał odczyt: **O leczeniu bolesnego miesiączkowania.** Należy tu wyłączyć cierpienia, wywołane zapaleniami w okolicy macicy, a uwzględnić tylko takie, które w macicy samej mają siedzibę (prócz zmiany położenia). Ból podczas miesiączkowania przypomina ból porodowy, kobieta zdrowa skurczu macicy nie odczuwa. Według Simsa bolesność następuje dopiero przy zwężeniu kanału szyjki lub nadmiernem zgięciu macicy ku przodowi. Według innych macica u dziewcząt pracujących umysłowo, a więc przeważnie z lepszych stanów, nie jest dosyć rozwinięta w zewnętrznej ścianie trzonu i przez to niedostatecznie się ściąga. Przy t. zw. miesiączce błoniastej (*dysmenorrhoea membranacea*) powierzchowna warstwa śluzówki się obluźnia. Ruge znalazł przy tem zmiany błony śluzowej (*endometritis hyperplastica*), inni jednak autorowie dowiedli, że w czasie między każdem miesiączkowaniem zachodzą zmiany anatomiczne w błonie śluzowej. Prelegent powątpiewa, czy zapalenie błony śluzowej jest przyczyną bolesności, ponieważ wiele kobiet cierpiących na nie, nie ma miesiączki bolesnej. Prócz tej mechanicznej i zapalnej jest trzecia teorya Teilhabera: nerwowa. Można przypuszczać, że bole, wywołane przez mechaniczną zaporę, przenoszą się w rdzeniu z czasem na inne ośrodki nerwowe i wywołują objawy neurastenii albo histeryi. Co do leczenia, to zaleca się przyżeganie wyskokiem sublimatowym 1:300,0; inni polecają do tego formalinę. Jeżeli jest także ogólna nerwica, należy leczyć ogólnie. Środków odurzających, n. p. morfiny, nie należy stosować, najwyżej czopki z belladonny. Olshausen zaleca antypirynę, prelegent chwali salipirynę, aspirynę, brom, chloral, gorznik kanadyjski (*hydrastis*) po $\frac{1}{2}$—1 łyżeczki, styptol, styptycynę, fomitynę, eumenol, wreszcie herbatę z Amasiry. — Dyskusyę odłożono do następnego zebrania.

6) W końcu Dr Panieński zaleca wzięcie udziału w Kursach uzupełniających dla lekarzy w Krakowie.

Dr Adam Karwowski.

W sprawie ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

Prof. Dr Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

Jeżeli już »Zasady« zapobiegania zawleczeniu zarazy z zagranicy mogą obudzić obawę, czy ustawa nie obarczy naszego kraju większymi, niż inne, ciężarami, nie zapewniając mu w zamian większych, niż innym, środków, to ta część »Zasad«, która odnosi się do zwalczania chorób zakaźnych w granicach państwa, nasuwa znacznie obfitsze i różnorodniejsze wątpliwości.

I tak co do donoszenia o chorobach zakaźnych. Pominąwszy to, co wyżej wspomniano o czerwonce i jaglicy, zauważyć należy, że w »Zasadach« nie wymieniono szeregu chorób, które w różnych krajach już podlegają obowiązkowi donoszenia na zasadzie rozporządzeń ich namiestnictwa. Czy tu mają być w ustawie odrazu wyraźnie wymienione także i odra, nagm. zapalenie ślinianek, krztusiec, śluzoropotok noworodków, grypa, róża, rozbierać nie będę, bo pytanie to w równej mierze odnosić się będzie do całej Austryi. Ale, choć dotąd rozporządzeniami w żadnym kraju nie objęte, zasługiwałyby, jak sądzę, na rozważenie: zimnica, jeżeli ma się racyonalnie zmierzać do zupełnego jej u nas wytępienia, gruźlica (przynajmniej przypadki śmiertelne suchot płucnych, gdyby nawet pominąć chorych na gruźlicę »otwartą«), — bo zabiera ona u nas więcej ofiar, niż gdzieindziej w Austryi, kiła — ze względu na endemię w niektórych powiatach wschodnich naszego kraju. Niepodobna tu jednak na razie dokładniej tego rozpatrywać, gdyż zawiłe i jeszcze nie rozstrzygnięte zagadnienia, związane ze sprawą donoszenia o gruźlicy i kile, przekraczają ramy niniejszych uwag.

Co do osób, obowiązanych do donoszenia o chorobach zakaźnych, a wymienionych w »Zasadach«, obawiać się można, że »głowy domu« wśród naszej ludności wiejskiej, zwłaszcza wschodnio-galicyjskiej, nie będą w tej mierze odczuwać pożytku z nowej ustawy i z jej wypełniania, jak w innych kulturalniejszych krajach, że donoszenie przez lekarzy ordynujących nie wystarczy w kraju, w którym ludność często wcale się nie leczy i w którym lekarzy jest wogóle stosunkowo mało, że galicyjscy oglądacze zwłok w bardzo znacznej części nie spełnią nałożonego na nich zadania w tej mierze, jakby to było potrzebne, że służba położnicza w naszym kraju zbyt jeszcze jest nieliczna i nieprędko tak się pomnoży, by wszystkie zakażenia połogowe

i t. d. dochodziły przez nią do wiadomości władz, że i duchowieństwo u nas może nie być w zwalczaniu chorób zakaźnych wystarczającą pomocą, dopóki nie nabędzie w naszych seminaryach duchownych potrzebnych wiadomości przez wykłady higieny. Zważywszy, że oglądacze zwłok, położne i duchowni donosić mogą tylko o pewnej części przypadków zakaźnych, o których łatwiej do nich dojdzie wiadomość, t. j. o przypadkach, zakończonych śmiercią, i o zachorowaniach położnic i noworodków, to zachodzi pytanie, czy pozostające dwie kategorye obowiązanych do donoszenia: głowy rodzin (resp. naczelnicy zakładów) i lekarze wystarczą w naszych warunkach do zorganizowania należytej ewidencyi reszty zachorowań zakaźnych. Gdyby nie oglądnąć się za innymi jeszcze czynnikami, to wynik może być ten, że na naszą ludność włościańską, zwłaszcza w powiatach mniej kulturalnych, sypać się będą z mocy ustawy grzywny i kary aresztu za zaniedbanie doniesienia liczniej, niż w jakimkolwiek bardziej na zachód leżącym kraju koronnym. To też zdaje mi się, że ze względu na Galicyę powinnoby wśród obowiązanych do donoszenia wymienione być w pierwszym rzędzie wyraźnie nauczycielstwo, które stanowiąc u nas po wsiach jedyny nieraz czynnik inteligentny, oddać tu może znaczne usługi. To samo zauważa Dr Mikołajski w ostatnim swym artykule w tej sprawie. Może też, przynajmniej na pierwszych lat kilkanaście działania ustawy, byłoby wskazane powierzyć obowiązek donoszenia osobnej »straży sanitarnej», według pomysłu Dra Karpińskiego, podniesionego w dyskusyi nad tą sprawą w Tow. lek. krak. w d. 13. XI. b. r., albo tym podrzędnym organom władzy, którym po włożeniu się ludności do przepisów o donoszeniu, powierzona byłaby potem projektowana w »Zasadach«, bezpośrednia, najniższego stopnia kontrola nad tem, czy donoszenie przez »głowy rodzin« dokonywane jest sumiennie.

Najw. Rada zdrowia zaleca, by doniesienia o chorobach zakaźnych wpływały do gmin, a lekarze gminni (resp. okręgowi) wydawaliby wtedy pierwsze zarządzenia i ze swej strony przesyłaliby doniesienia do władzy politycznej. Jak poprzednio wspomniałem, taki sposób postępowania wydaje mi się u nas w obecnych stosunkach niemożebny. Sprawa ta ściśle łączy się z zagadnieniem okręgowej organizacyi sanitarnej. Zanimby ona została ukończona, trzebaby starać się chyba o to, aby u nas donoszono ile możności także i wprost władzy politycznej, sposób, nad którym zastanawia się referent ministerstwa, a który Najw. Rada zdrowia zupełnie pomija.

Stwierdzenie rozpoznania ma się opierać na obdukcyach sanitarno-policyjnych i na badaniach drobnowidowych i bakteryologicznych, ku czemu służyć powinny osobne stacye bakteryologiczne przy prosekturach większych szpitali. U nas przy żadnym większym szpitalu prowincyonalnym niema jeszcze osobnych prosektorów, a dopiero jeden szpital stołeczny otrzymać ma własną stacyę bakteryologiczną; co najgłówniejsze, wszystkie szpitale ciążą na autonomii. Gdyby przeto ten punkt »Zasad« został objęty ustawą bez bliższych określeń, to powstać mógłby potem spór, kto ma ponosić koszta ustanowienia prosektorów i utrzymywania stacyi bakteryologicznych? Skoro szpitale utrzymuje kraj, to przy rozdziale kosztów, sprawionych przez ustawę, zmierzałby rząd prawdopodobnie do tego, ażeby stacye bakteryologiczne i anatomo-patologiczne, powstające przy szpitalach, były zakładane, a może i utrzymywane, także staraniem i kosztem kraju. Skoro jednak Galicya, będąc na całą Austryę najgłówniejszem polem walki z chorobami zakaźnemi, ponosi ten ciężar nietylko za siebie i dla siebie, ale dla całego państwa, to bez względu na to, jak sprawa załatwi się gdzieindziej, zdawałoby się uzasadnione, aby koszt stacyi bakteryologicznych i prosektur w Galicyi tworzonych, poniósł skarb państwa. Na rządowych lekarzy powiatowych w Galicyi spaść może po wprowadzeniu ustawy, ułożonej według »Zasad« Najw. Rady zdrowia, częstsza niż dziś konieczność ściślejszych badań dla sprawdzenia rozpoznania (sekcyi policyjno-sanitarnych, bo zwłok niepodobna będzie przewozić na większe odległości do projektowanych prosektur, może i badań bakteryologicznych); stąd potrzebaby specyalnego kształcenia lekarzy rządowych w Galicyi w odpowiednim zakresie i oczywiście znów pewnych z tego tytułu większych dla Galicyi wydatków. (Zdawałoby mi się przytem rzeczą słuszną dodatkowe wynagradzanie lekarzy rządowych za takie dodatkowe czynności; już dzisiaj mają galicyjscy lekarze rządowi to »privilegium odiosum«, że przy zwalczaniu epidemii częściej, niż koledzy ich z innych krajów, narażają swe zdrowie i życie, ale w zamian za to nie zapewnia im państwo żadnych korzyści, choćby się im należały równie słusznie, jak zaliczanie podwójnych lat służby żołnierzom, powołanym na plac boju).

Odosobnienie chorych zakaźnych w naprawdę odpowiednich lokalach lub wysiedlanie jeszcze zdrowych mieszkańców z mieszkania, w którym pozostawia się chorego, natrafić mogą u nas na tem większe trudności, im bardziej ze wzrostem cen materyałów budowlanych wzrasta przepełnienie, zwłaszcza chat włościańskich i im dalej nam do zadawalniającego załatwienia sprawy higieny mieszkań. Przy opłakanych pod tym względem stosunkach naszych obawiać się można, czy znajdzie się w naszych gminach wiejskich dostateczna liczba dobrych lokali izolacyjnych, których ustawa wymagać będzie, czy nasze uboższe gminy zdobędą się na środki na szpital epidemiczny, gdy je ustawa do jego utworzenia przymusi? Należałoby przeto może wyzyskać w »Zasadach« Najw. Rady zdrowia projekt tworzenia rządowych przenośnych szpitali epidemicznych, któreby u nas oddać mogły szczególnie dobre usługi. O ileby znów ustawa przyjęła z »Zasad« Najw. Rady zdrowia myśl stałych powiatowych, czy okręgowych szpitali epidemicznych, to do nich odnosi się to samo, co do okręgowej służby zdrowia; dostateczna sieć takich stałych szpitali, zaopatrzonych w odpowiednie środki transportowe, powstaćby mogła dostatecznie szybko chyba z pomocą zasiłków rządowych. A wysiedlania mieszkańców zagród zakażonych gdzieindziej, niż do szpitali, czy to stałych okręgowych, czy też do przenośnych baraków, trudno sobie u nas wyobrazić, gdy ustawa rozciągnie przymus odosobnienia na liczniejsze choroby zakaźne. (Dok. nast.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Stworzenie ministerstwa sanitarnego w Austryi powinno stanowić cel dążności wszystkich organizacyi lekarskich. Jak wiadomo, utworzono teraz w Austryi trzynaste ministerstwo, dawno potrzebne ministerstwo pracy; stworzono je coprawda wyłącznie ze względów politycznych. Niedługo może znowu ze względów politycznych zajść potrzeba stworzenia nowego ministerstwa, a wtedy czternaste ministerstwo już powinno być nasze, ministerstwo zdrowia. Do tego jednak trzeba silnej organizacyi lekarzy i ciągłego dopominania się o należące się nam prawa, jak to dotąd czyniły warstwy robotnicze, bo tylko dlatego rząd, mając zamiar stworzyć nowe ministeryum, wpadł na myśl utworzenia ministerstwa pracy. *Stahr.*

(Sprawa utworzenia ministerstwa sanitarnego w Austryi tem więcej obchodzić powinna kraj nasz, im większe są u nas w porównaniu do innych krajów pod względem sanitarnym braki i potrzeby, im więcej pod tym względem zrobićby należało, aby usunąć skutki stuletniego zaniedbywania Galicyi przez biurokratyczne przedkonstytucyjne rządy i im bardziej postęp sanitarny zależy od udoskonalenia organizacyi służby zdrowia. Warunkiem koniecznym tego udoskonalenia jest nadanie większej samodzielności i większego wpływu całej organizacyi sanitarnej, do czego niezbędną podstawą jest wydzielenie spraw sanitarnych z zakresu działania ministerstwa spraw wewnętrznych i utworzenie odrębnego ministerstwa zdrowia, jak to wkrótce ma nastąpić w państwie niemieckiem. Nie można jednak wyczekiwać, aż po dokonanym już w Niemczech fakcie zdecyduje się kiedyś Austrya pójść i tutaj znów za przykładem niemieckim, ale należy, skoro przy tego rodzaju reformach odgrywają w Austryi najczęściej nie względy rzeczowe, ale chwilowe konjunktury polityczne, i skoro te konjunktury istotnie obecnie zdają się wyjątkowo korzystne, wyzyskać je, póki czas. Skoro zaś leży w interesie Galicyi, aby czternaste ministerstwo, o którem rząd zamyśla, było właśnie ministerstwem sanitarnem, przeto podjęte na nowo usiłowania Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej (por. »Wiadomości bieżące« w tym Nrze) zasługują nietylko na uznanie, ale na jak najgorliwsze poparcie kół lekarskich całego kraju, które wszelkiemi siłami starać się powinny, aby sprawę tę objęła programem swych pilnych postulatów nasza reprezentacya parlamentarna. *R.*)

Okręgów sanitarnych w Czechach było w marcu 1907 820, obejmujących po 11 do 101 km.² i po 3 do 10 tysięcy mieszkańców. 609 lekarzy miało płacę 800—1000 K., 184—1000 do 1200, 20—1200 do 2000; oprócz tego niemal każdy z nich miał równocześnie posadę lekarza gminnego, kolejowego i t. p. Samoistnych gmin sanitarnych było nadto 170. Do funduszu pensyjnego należało 768 lekarzy, niezaopatrzonych było 33. *R.*

Sprawozdanie Krajowej Rady zdrowia za rok 1904, które właśnie wyszło z druku, nasuwa »Kuryerowi lwowskiemu« (546) uwagę, że prasa codzienna powinnaby z tych sprawozdań czerpać obficie wiadomości o stanie sanitarnym kraju i przez to uświadamiać szerokie koła o jego w tym względzie potrzebach. Za pożądane uważa »Kuryer lw.« wyposażenie Sprawozdań Rady zdrowia w tablice graficzne i obszerniejsze streszczenie obrad Rady; wreszcie domaga się przy nowych mianowaniach powołania do Rady z różnych części kraju lekarzy, »którzy w pracy publicznej złożyli dowody znajomości potrzeb sanitarnych kraju«. *R.*

Lekarz i Kasa chorych. W Kasie chorych fabryki zapałek w Żiżkowie wypowiedział nowy zarząd posadę lekarzowi bez żadnej przyczyny. Lekarz odwołał się do sądu. Pruski sąd krajowy przyznał słuszność lekarzowi, uznając stosunek lekarza do Kasy za stały, który nie może być dowolnie rozwiązywanym. *Stahr.*

Towarzystwo Samopomocy lekarzy przypomina, że nowo utworzony w Towarzystwie oddział komercyjny pośredniczy pod dogodnymi warunkami w kupnie narzędzi lekarskich i t. p., w sprzedaży przedmiotów lekarskich używanych i t. d. Zgłoszenia i zamówienia przyjmuje Dr Henryk Sokołowski, Kraków, Szewska 12.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 17. do 23. XI. 1907 doniesiono o 13 nowych przypadkach duru plamistego w 7 gminach, a mianowicie: pow. Horodenka (Głuszków 4), Jaworów (Zawadów 2), Lisko (Baligród 1, Lisko 1), Rawa (Wulka mazowiecka 2), Śniatyn (Dżurów 2), Zaleszczyki (Hołowczyńce 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 17. do 23. XI. 1907 urodziło się dzieci żywo 46, nieżywo 4; zmarło osób 53 (w tem obcych 24), z nich z gruźlicy 10 (5), zapalenia płuc 1, błonicy 3 (1), płonicy 5 (3), duru brzusznego 1 (1). *W.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. do 23. XI. 1907 było przypadków: odry 2, płonicy 7 † 2, krztuśca 1, błonicy 4 † 2, róży 2, ospianki 1, nagm zapalenia ślinianek 3. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 17. do 23. XI. 1907 było przypadków: błonicy 8 † 1 (w tem obcych 2 † 0), krztuśca 11 (1), płonicy 25 (3), odry 14 † 1 (1), duru brzusznego 13 † 3 (2), czerwonki 1. *L.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. W dniu 5. grudnia b. r. o godz. 12 w południe odbędzie się w auli uniwersytetu (Collegium novum) wręczenie Profesorowi M. L. Jakubowskiemu medalu, wybitego na Jego cześć staraniem Wydziału lekarskiego krakowskiego.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 27. X. posiedzenie, na którem: 1) wybrano komisyę przedwyborczą; 2) uchwalono wnieść do Sejmu memoryał w sprawie położnych w naszym kraju według wniosków wybranej dla tej sprawy komisyi Towarzystwa (sprawozdawca Dr T. Piotrowski); 3) Prof. Kader przedstawił ze swej kliniki przypadki: *a*) mięsaka jądra, *b*) wycięcia krtani z powodu raka, *c*) raka gardła (*pharyngotomia suprahyoidea*), *d*) rakowego zwężenia przełyku (*gastrostomia*); 4) Prof. Rosner wyłożył rzecz: »O środkach znieczulających, używanych przy porodach prawidłowych«.

— Delegatem swoim do komitetu administracyjnego szpitala św. Łazarza wybrał Wydział lekarski prof. Wachholza, jego zastępcą prof. Kleckiego.

— Delegatem na międzynarodowy Zjazd laryngologiczny wybrał Wydział lekarski prof. Pieniążka

— Dyplom doktora uzyskał p. Jan Ossadnik, rodem z Czerepina.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej uchwalił na posiedzeniu w d. 23. XI. zwołać na 30. XI. wiec lekarzy lwowskich celem utworzenia bezpartyjnego komitetu lekarskiego, któryby przeprowadził wybór pewnej liczby lekarzy do Rady miejskiej. Uchwalono również na wniosek Dra Mikołajskiego wznowić starania (zainicyowane przez Izbę wschod.-galic. jeszcze w r. 1902) o utworzenie w Austryi ministeryum sanitarnego. W tym celu udaje się w tych dniach do Wiednia prezydent Izby, Dr Festenburg, celem podjęcia stosownych kroków wspólnie z Wydziałem wykonawczym Izb.

— Ministerstwo oświaty zatwierdziło uchwałę Wydziału lekarskiego, nadającą Dr Teofilowi Zalewskiemu *veniam legendi* w zakresie otyatryi.

— Na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach w Towarzystwie lekarzy galic. złożył Dr Jan Grek, kierownik wycieczki balneologicznej X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, kwotę 411 K 20 h, jako pozostałość z udziałów, złożonych przez uczestników tej wycieczki.

Warszawa. Najstarsze i najzasłużeńsze z nielicznych naszych pism archiwalnych, »Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz.«, walczy, jak już donosiliśmy, z wielkiemi trudnościami z powodu pogorszenia się stosunków finansowych Towarzystwa. Ze świeżo ogłoszonego sprawozdania Redaktora »Pamiętnika« za r. 1906, dowiadujemy się, że pismo to wychodzi w 550 egz., z których 240 otrzymują bezpłatnie członkowie Tow. lek. warsz., 99 rozmaite instytucye i redakcye, a tylko 89 jest płatnych. Z tych 89 rozchodzi się 80 w Królestwie i Cesarstwie, a tylko dziewięć (!) zagranicę. t. j. do innych dzielnic Polski. A przecież w r. 1906 obejmował »Pamiętnik« 76 arkuszy druku, pomieścił 6 prac oryginalnych, streszczenie 788 prac w »Przeglądzie piśmiennictwa lek. polskiego« i całkowite protokoły posiedzeń Towarzystwa lek. warsz., cena zaś rocznika wynosi tylko 3 ruble. Towarzystwo lek. warsz. mogło udzielić »Pamiętnikowi« na rok 1906 już tylko 1,130 rb. zapomogi, a na r. bież. wyznaczyć już tylko 620 rb. Wobec tego zagrażało zaniechanie cennego »Przeglądu piśmiennictwa«, co byłoby niepowetowaną szkodą. Dlatego już poprzedni redaktor »Pamiętnika«, Dr Kamieński, prosił, by pozwolono mu starać się o zapomogę Kasy im. Mianowskiego na wydanie »Przeglądu piśmiennictwa«. Pozwolenia tego udzieliło Towarzystwo obecnemu redaktorowi, Dr Rzętkowskiemu, na posiedzeniu w d. 18. VI. b. r., a Dr A. Sokołowski złożył na ten cel 100 rb. Tak więc można mieć nadzieję, że wydawnictwo »Przeglądu piśmiennictwa« nie ulegnie przerwie, aczkolwiek w r. b. znacznie się musi opóźnić.

— Od Nowego Roku zacznie wychodzić w Warszawie pod redakcyą Dra L. Wernica miesięcznik »Odrodzenie fizyczne«, oraz kwartalnik »Higiena szkolna«.

— W celu pozyskania środków na polepszenie stanu szpitalnictwa zwrócił się Zarząd miejski do projektu jeszcze z roku 1898, według którego robotnicy fabryczni otrzymywaliby pomoc lekarską od miasta za opłatą, uiszczaną przez właścicieli fabryk i zakładów przemysłowych. (Byłby to przeto rodzaj ogólnej miejskiej kasy chorych). — Ponieważ zwinięta Rada Dobr. publ. przekazała do odebrania Zarządowi miasta zaległości za leczenie w szpitalach warszawskich (około 2 milionów rubli), generał-gubernator zażądał od magistratu szczegółowego wykazu tych zaległości celem niezwłocznego podjęcia kroków dla odebrania należnych sum z odpowiednich kas powiatowych, gminnych i od osób prywatnych. — Z powodu przepełnienia szpitali, zwłaszcza św. Jana Bożego, inspektor szpitali wszczął starania o szybsze wykończenie pawilonu na 100 łóżek dla chorych umysłowych w przytułku w Górze Kalwaryi. — Również stara się inspektor szpitali, by w dziennikach politycznych poruszono sprawę zaprowadzenia u nas patronażv, czyli umieszczania chorych w domach prywatnych za opłatą, udzielaną przez miasto. — Zarządowi miasta złożono projekt urządzenia jednej centralnej pralni dla wszystkich szpitali miejskich przy budowanym przez miasto zakładzie dezynfekcyjnym. Ilość bielizny szpitalnej wynosi rocznie 52,000 pudów, a pranie kosztuje 34,103 rb. Za to z łatwością utrzymaćby można pralnię centralną, co tem bardziej byłoby pożądane, że pralnie po szpitalach są urządzone nader wadliwie i ze względów zdrowotnych powinny być zamknięte.

Tow. opieki nad dziećmi żąda od zarządu miasta ustawienia w parku Ujazdowskim kiosku do sprzedaży mleka, pod względem lekarskim wypróbowanego, dotychczasowa bowiem sprzedaż mleka dla dzieci w miejscach publicznych odbywa się bez kontroli lekarskiej.

Ponieważ szkoła felczerska nie jest czynna, kandydaci na felczerów składają świadectwa z odbytej praktyki szpitalnej i zdają egzamina w urzędzie lekarskim, który wydaje im patenty na stopień felczera.

Niedawno ukończony Zjazd weterynarzy Królestwa Pols. wyraził życzenie, aby w całem Królestwie obowiązywały jednakowe przepisy weterynaryjno-policyjne, aby liczbę weterynarzy na każdą gubernię zwiększono do 2 lub 3 i aby w Warszawie urządzono centralną pracownię bakteryologiczną dla całego kraju.

Ministeryum spraw wewnętrznych orzekło, że urzędnicy państwowi nie mogą być jednocześnie redaktorami lub wydawcami pism, nawet fachowych i naukowych. Skutkiem tego w Warszawie zawieszony został jeden z tygodników fachowych, wydawany od lat 25. Czy rozporządzenie to ma się stosować i do pism lekarskich, dotychczas niewiadomo.

Dra M. Zapasiewicza i Dra P. Jankowskiego uwolniono z więzienia.

Ospa w Warszawie z każdym dniem się wzmaga. Tymczasem oddział dla chorych zakaźnych przy ul. Złotej, który miał być gotów na 14. b. m., niewiadomo, czy i za dwa tygodnie będzie na tyle wykończony, by można go było zaopatrzyć w inwentarz ruchomy. Wobec wzrastającego niebezpieczeństwa odbyła się w Magistracie 23. XI. ankieta w sprawie zwalczania ospy według projektu lekarzy szpitala św. Stanisława, którzy doradzają, by szpital ten przeznaczyć wyłącznie dla chorych na ospę, by urządzić stacye bezpłatnego szczepienia, zachęcać gorliwie ludność do szczepienia się i rewakcynacyi i t. d. Tow. wspierania chorych żydów otworzyło dwie stacye bezpłatnego szczepienia.

Ospa i w Łodzi sroży się coraz bardziej; zajęła już i okolice podmiejskie. Miejska komisya sanitarna w Łodzi postanowiła zaangażować na koszt miasta felczerów, którzyby szczepili bezpłatnie krowiankę w 8 na ten cel urządzonych stacyach, dalej odkazić przymusowo składy szmat i t. p., zakażone domy na Bałutach, ul. Grabowej i in.

Miejska pracownia sanitarna w Łodzi wykonała w ciągu okresu 6-letniego (1901—1907) 4,986 rozbiorów chemicznych i 1,518 bakteryologicznych.

Lekarze szpitala im. Poznańskich w Łodzi postanowili od N. Roku zamknąć aptekę i ambulatoryum szpitalne, które udzielały ubogim chorym bezpłatnie leków i porad (70,000 rocznie, w tem 35,000 samych opatrunków chirurgicznych), a to z tego powodu, że utrzymanie szpitala wynosi rocznie 60,000 rubli, dochody zaś tylko 40,000 rb. Niedobory pokrywała rodzina Poznańskich, nadal zaś ciężaru tego ponosić nie zamierza. Postanowiono prosić rodzinę Poznańskich o zwiększenie rocznej dotacyi na szpital o 5,000 rb., coby pozwoliło utrzymać nadal ambulatoryum, acz w ograniczonym zakresie.

Minister spraw wewnętrznych pozwolił na zwołanie w Moskwie w dniu 10—13. stycznia r. 1908 II. Zjazdu ginekologów rosyjskich.

Z różnych stron. W Petersburgu zawiązuje się komitet, złożony z 50 osób, celem budowy szpitala polskiego. Fundusze zbierane będą przez składki, koncerty, przedstawienia teatralne i t. d., z których pierwszy odbył się 27. XI. b. r.

— Dyplomy doktorów medycyny uzyskali w uniwersytecie kazańskim następujący Polacy: J. Bańkowski, L. Falski, Judt, K. Okuszko, Mulier-Przygoda, Reklewski, L. Rajchman, Załuska, Zawisza, Zieleniewska.

— Prof. Robert Koch, powróciwszy z Afryki z 1½-rocznej wyprawy naukowej, ma wkrótce ogłosić wyczerpującą pracę o śpiączce afrykańskiej. (Krótkie sprawozdania z wyników wyprawy podały już tygodniki lekarskie niemieckie). Cesarz niemiecki mianował prof. Kocha rzeczywistym tajnym radcą z tytułem ekscelencyi. Na fundacyę imienia Kocha, przeznaczoną na zwalczanie gruźlicy, zebrano dotąd ze składek 125,000 Mk.

— Nowy zakład dla umysłowo chorych w Wiedniu na t. zw. »Steinhof« jest jednym z największych, a najlepiej wyposażonym zakładem tego rodzaju. Sale chorych są urządzone wzorowo. Ściany i podłogi wyłożone polewanemi płytkami glinianemi umożliwiają wzorową czystość. We wszystkich pokojach dużo światła i kwiatów, a na ścianach obrazy. W zakładzie jest i sala teatralna, kościół i t. d. Zakład zajmuje 1½ miliona m.³. Sam grunt kosztował 4½ miliona K., urządzenie całego zakładu 25 milionów. Zakład obliczony na 2200 chorych, może jednak pomieścić i 3000. Pawilonów jest 27. Oświetla je 12.000 lamp żarowych. Pralnia może wyprać i wyprasować dziennie 12.000 klgr. bielizny. Zakład potrzebować będzie rocznie: 200.000 kg. mięsa wołowego, po 28.000 kg. cielęciny i wieprzowiny, 43.000 kg. tłuszczu, 30.000 kg. wędlin, 650.000 litrów mleka, ½ miliona jaj, 2¼ miliona bułek i t. d. Olbrzymi ten zakład składa się z 3 części (Heilanstalt, Pflegeanstalt i Sanatorium), stanowiących administracyjnie 3 odrębne ciała, jednak pod jedną dyrekcyą lekarską (Dr Schlöss). *Stahr.*

Mianowania i odznaczenia: Prof. Neusser w Wiedniu otrzymał wielki krzyż orderu Franciszka Józefa (odznaczenie, nadane naszemu rodakowi, jest najwyższem, jakie kiedykolwiek przyznano w Austryi lekarzowi);

Dr M. Warzeszkiewicz mianowany asystentem, a Dr J. Nüssenfeld elewem kliniki chirurgicznej w Krakowie.

Zmarli: Dr Mieczysław Tytus Windischbauer, b. lekarz powiatu Kutnowskiego, w 66 r. ż. w Warszawie; Dr Łucyan Możdżyński, wychowaniec b. akademii medyko-chir. warszawskiej, uczestnik powstania w r. 1863, długoletni lekarz w Skalbmierzu, w 68 r. ż.

Redakcya otrzymała: Rosenhauch: Rozwój komórki śluzowej. Rozp. Ak. Um. 1907. — J. Zawadzki: Dziesięciolecie Pogotowia ratunkowego w Warszawie. 1907. — Broffero: Czy będziemy żyli po śmierci? Kraków 1908. — W. Puławski (Radziejów): 1) Przyczynek do statystyki leczenia błonicy surowicą swoistą. 1903. Czas. lek. i Deuts. med. Wochs. 2) Dalsze przyczynki do statystyki leczenia błonicy surowicą swoistą. Czas. lekarskie.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w listopadzie 1907: *Gazeta lekarska Nr 42—44:* Eisenberg: Przyczynek do mechanizmu zakażeń. Heiman: Rozpoznanie ropni mózgowych pochodzenia usznego. Bychowski (dok.). Hewelke: Zatkanie oskrzela płatowego przez skrzep krwi. Quest: O znaczeniu nadnercza w patologii i terapii krzywicy. Starkiewicz: Przyczynek do etyologii niedokrwistości postępującej złośliwej. Neugebauer: Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu i zabiegach operacyjnych przy potworności podwójnej płodu. — *Medycyna Nr 44—46:* Halpern: Przypadek zakażenia gronkowcowego o niezwykłym przebiegu klinicznym. Hejman A.: Słów parę w sprawie postępowania chirurgicznego w zapaleniach ropnych ucha środkowego. Bieliński (c. d.). Bregman: O ostrym bezładzie. Flatau, Koelichen i Skłodowski: O wieloogniskowych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym. S. Kramsztyk: Nowa metoda rozpoznawania gruźlicy. — *Kronika lekarska Nr 21:* Sędziak: Włókniak krtani pochodzenia urazowego. Wyleczenie samoistne. Bregman (c. d.). — *Tygodnik lekarski Nr 44—47:* Bikeles i Fromowicz: O odruchach najniższej części (stożka) rdzenia pacierzowego. Bogdanik: O zapaleniu otrzewnej. Spira (dok.). Eisenberg: O wczesnem rozpoznawaniu duru brzusznego. Karłowicz: Przyczynek do kwestyi o narkozach złożonych. Sołowij: Zapobiegawczy obrót na nóżki przy miednicy ścieśnionej. Hołobut: Kilka słów o nowej reakcyi nitroprusydkowej moczu Arnolda. Stankiewicz W.: Niektóre uwagi o litotrypsyi. — *Nowiny lekarskie Nr 11:* Nowicki i Hornowski, Eisenberg (dok.). Janowski (c. d.). Jaworski J.: O leczeniu nieżytu szyjki i jamy macicy metodą Biera. — *Pamiętnik Towarz. lekarskiego warszawskiego, zesz. III:* Sterling: Badania psychologiczne (c. d.). H. Landau: Zmiany anatomiczne w nadnerczach w arteriosclerosis. Gedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. — *Postęp okulistyczny Nr 10:* Bednarski: O sztucznem dojrzeniu zaćm przez dyscysyę. Wicherkiewicz: Kilka uwag w sprawie operowania zaćm niedojrzałych. — *Kronika dentystyczna Nr 11:* Szadkowski: O regulacyi zębów metodą Anglea. — *Przegląd higieniczny Nr 10—11:* Kaczorowski: Stan uzębienia i ogólnej czystości ciała dzieci szkolnych szkół miejskich lwowskich w cyfrach. Szpilman (c. d.). Popielski: O działalności alkoholu na organizm w świetle obcych i własnych badań. — *Zdrowie Nr 10—11:* Hornowski: 1) O morgach. 2) O krematoryach. Krysiński: Warunki sanitarne lokali szkolnych i stan fizyczny młodzieży ze szkół Koła przemysłowców warszawskich. Wernic: Pierwsze letnisko szkolne. Rottermund: Higiena, jako przedmiot wykładu w szkołach średnich i ludowych. — *Krytyka lekarska Nr 10:* Kramsztyk: Kasa chorych lekarzy. Goldszmit: Wrażenia z Berlina. Dobrzyński: Ustęp z dzieła Lelio Montela: »Lekarze«. — *Głos lekarzy Nr 21—22:* Zasacki: 1) Reforma wyborcza sejmowa. 2) W sprawie przymusu szczepienia. Mikołajski: 1) Społeczne zadania medycyny na X. Zjeździe lek. i przyrod. pols. I. Walka z gruźlicą. 2) Odezwa do lekarzy esperantystów we wszystkich krajach. 3) Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych. — Baschkopf: Partactwo lecznicze w Turcyi.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 4. grudnia o godz. 6 wieczorem w sali wykładowej kliniki chorób wewnętrznych** (Kopernika 15). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye chorych, których przedstawią: Prof. Jaworski, Doc. Mięsowicz, Dr Korolewicz, Dr Szurek i Dr Sermak. 2) Dr Eichhorn przedstawi przypadek odwrotnego ułożenia trzew. 3) Prof. Marchlewski: Z badań nad barwikiem krwi i chlorofilem. 4) Dr Bier: O molu mącznym.

Po posiedzeniu wspólna **wieczerza koleżeńska** w Domu Towarzystwa lekarskiego (Radziwiłłowska 4).

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Nowa postać pastylek sublimatowych. (Dr E. von Esmarch, Göttingen, »Zeitschrift für Medizinalbeamte« 1907, H. 13). Pomimo swych wielkich zalet jest sublimat wśród ogółu mało używany ze względu na swe własności trujące, szczególniej przy odkażaniach, których nie wykonuje lekarz. W sferach lekarskich chętnie są używane do odkażania rąk, bandaży i t. p. pastylki sublimatowe. W przepisach pruskich zalecany jest sublimat, jako środek do odkażania opatrunków, miednic, wanien, rzeczy ze skóry i gumy, podłóg, mebli i t. p. Do odkażania po chorobie zakaźnej zażywa się od 19—20, a nawet i więcej litrów sublimatu. Jednakże potrzeba dużo czasu, aby rozpuścić odpowiednią ilość pastylek. Ta trudność skłoniła Dra E. v. Esmarcha do umowy z fabryką chem. Mercka w Darmsztadzie, aby ta przygotowała pastylki większego rozmiaru: wielkości monety dwumarkowej, zawierające po 5 gr. sublimatu i wielkości talara, zawierające po 10 gr. Pastylki takie są barwy o wiele bledszej, podobnie rozczyn; wskutek tego niszczy się mniej bielizna. Rozpuszczalność dużych pastylek w zimnej wodzie oblicza się na 5—10 minut; własność ich odkażająca jest także, jak małych, a cena o 10 prc. niższa. Te warunki, jak również wspomniane wyżej zaoszczędzenie bielizny, przemawiają za używaniem dużych pastylek. *Mk.*

Arhovin. (Dr Piket. Wykład na 79. Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy). Na podstawie wieloletniego doświadczenia jest P. zwolennikiem wewnętrznego leczenia wiewióra. To jego zapatrywanie godzi się z zapatrywaniem przeważającej większości urologów. Nawet Neisser, jeden z najgorliwszych zwolenników wyłącznie miejscowego leczenia, uznaje w swych ostatnich pracach całą doniosłość środków wewnętrznych. Mając przed oczami niedostateczność wyłącznie miejscowego leczenia, staje się zupełnie zrozumiałem, że w leczeniu wiewióra takim skutecznym i wygodnym wewnętrznie stosowanym pomocniczym środkiem w żadnych okolicznościach gardzić niepodobna. Z całego szeregu tych wewnętrznie stosowanych środków przeciw wiewiórowi największe znaczenie praktyczne przypisuje autor arhovinie. Nigdy, nawet po kilkotygodniowem stosowaniu i po najsilniejszych dawkach arhoviny, nie spostrzegał on dolegliwości żołądkowych, ani podrażnienia nerek, co jest prawie codziennem zjawiskiem przy środkach balsamicznych. Zdradziecki zapach z ust, który zdyskredytował środki balsamiczne w oczach chorych, nie występuje przy arhovinie. Arhovina łagodzi znacznie więcej ból w narządach płciowych, aniżeli środki balsamiczne, bywa chętnie zażywana i dobrze znoszona, nie drażni żołądka, ani przewodu pokarmowego, jest nieszkodliwa dla nerek, zmniejsza wydzielinę, powstrzymuje rozwój gonokoków, a obok tego posiada jeszcze wybitne działanie uspokajające. Arhovina jest przeto cennym nabytkiem skarbca lekarskiego i dlatego też żaden lekarz przy wewnętrznem leczeniu wiewióra nie powinien jej pomijać. Doświadczenia dotychczasowe zapewniają arhovinie stałe miejsce w lecznictwie. *Hr.*

Kollargol. (Dr Kurt Witthauer. »Mediz. Klinik« Nr 42, 1907). W każdym przypadku ropnicy połogowej stosował W. najpierw wcieranie maści Credégo, a potem wstrzykiwał w żyły 2 prc.—5 prc. rozczyn kollargolu, zawsze z pomyślnym skutkiem, chociaż zdarzały się przypadki bardzo ciężkie. W licznych przypadkach gośćca stawowego na tle paciorkowców stosował W. kollargol w postaci wlewań. Dawki wynoszą od 0,2—0,5 na 100—200 gr. wody przekroplonej; mogą być stosowane raz lub dwa razy dziennie. Jeśli były bole lub gorączka, należy jeszcze po ich usunięciu dość długo, nawet do 2—3 tygodni, wlewania powtarzać. Kollargol bywa łatwo i dobrze zatrzymywany, a w razie przeciwnym dodaje się na 10—15 kropel makowca. Kollargol ma również znaczenie rozpoznawcze, gdyż zastosowanie jego odnosi pożądany skutek li tylko w przypadkach gośćca stawowego, wywołanego przez paciorkowce, przeciwnie w razie dny lub pewnych powikłań nie skutkuje wcale. *Hf.*

Secacornin „Roche“ (Dr Gotthard Schubert. »Münch med. Wochs. Nr 26, 1907) jest jednym z najlepszych środków przeciw krwotokom macicznym. W Szwajcaryi znany już jest oddawna pod nazwą Ergotin-Keller. Jest to przetwór sporyszu, który wpływa energicznie na kurczliwość macicy. Wszystkie substancye zbędne, jak kwas sfacelinowy i t. p. zostały z przetworu usunięte. Podług Schargesa 1 gr. tego przetworu odpowiada 4 gr. sporyszu lub też 0,08 gr. kornutyny. Sekakorninę należy stosować zapobiegawczo po porodach ciężkich, jakoteż prawidłowych dla prędszego zwijania się macicy w połogu; przy atonii i niedostatecznem zwinięciu się macicy w połogu; po cięciu cesarskiem, obrocie i wyjęciu ręcznem łożyska; po poronieniach. jakoteż przy krwotokach w czasie ciąży i wśród porodu. Lek ten stosowano wewnętrznie, podskórnie i śródmięśniowo. Sekakorninę sprzedają w buteleczkach po 20 gr. dla zastosowania wewnętrznego, a dla wstrzykiwań podskórnych, wzgl. śródmięśniowych służą fiolki, o pojemności 1 ctm. *Hf.*

Mergal. (Dr Karol Hellmuth. »Wiener Medizin Presse« Nr 28, 1907). W dotychczasowem leczeniu kiły odgrywała rtęć najważniejszą rolę pomimo jej znanych działań ujemnych. Dlatego pożądany jest nowy wewnętrzny lek przeciwkiłowy, wprowadzony do handlu przez fabrykę chem. J. D. Riedla w Berlinie pod nazwą »mergal«. Obok b. energicznych własności przeciwkiłowych pozbawiony jest mergal tych stron ujemnych, które posiada rtęć. Mergal znajduje się w handlu w kapsułkach, z których każda zawiera 0·05 kwasu cholowego, tlenku rtęci i 0·1 białkanu taniny. Leczniczo został mergal wypróbowany przez Bossa u 30 chorych na kiłę. Objawy ustępują w ten sam sposób, jak i przy wcieraniach lub wstrzykiwaniach soli Hg. W trzech przypadkach wywołał mergal niedyspozycyę żołądkową. Przyjmowanie i wydalanie Hg. jest szybkie. Średnią dawkę Boss oblicza na 20—25 gr. kwasu gallusowego. Mergal podaje się początkowo 3 razy dziennie po jednej kapsułce, od dnia 5-go — 3 razy po 2 kapsułki, i stopniowo zwiększając do 5—6 razy dziennie po 2 kapsułki. Leczenie trwa od 8—10 tygodni. Pożywienie przytem musi być obfite i nie drażniące przewodu pokarmowego. Mergal dobrze się przyswaja, nie wywołuje ani kolek, ani biegunki, ani żadnych zaburzeń nerkowych. Leczenie nie sprawia żadnych trudności i zupełnie nie przeszkadza w zajęciach, a przytem daje się zupełnie dyskretnie przeprowadzić. Saalfeld stosował mergal w 100 przypadkach kiły drugo- i trzeciorzędnej. Częstokroć przy leczeniu występowało zapalenie dziąseł, co jest dowodem, że Hg ulega szybkiemu wessaniu. Nigdy nie występowały biegunki. Keil wykazał drogą analizy, że Hg już po 24 godz. widoczną jest w moczu, a w 18 do 33 dni po przerwaniu leczenia znika z moczu zupełnie; świadczy to o szybkiem przyjmowaniu i wydalaniu Hg. Leistikow uważa mergal za środek, zastępujący doskonale wcierania i wstrzykiwania, a szczególnie, gdy wstrzykiwania wskutek jakichś zaburzeń muszą być przerwane. *Ll.*

*